Sławomir Cudak

WYCHOWAWCZE I EMOCJONALNE FUNKCJONOWANIE RODZINY Z DZIECKIEM NIEPEŁNOSPRAWNYM

Sławomir Cudak

WYCHOWAWCZE I EMOCJONALNE FUNKCJONOWANIE RODZINY Z DZIECKIEM NIEPEŁNOSPRAWNYM

Wydawnictwo Akademii Humanistyczno-Ekonomicznej w Łodzi
Łódź 2011

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 4491033A63303331

Recenzja
prof. zw. dr hab. Tadeusz Gałkowski
prof. dr hab. Aleksandra Maciarz

Projekt okładki
Hanna Opala

Korekta
Renata Frątczak

Redaktor prowadzący
Iwona Morawska

© Copyright by Akademia Humanistyczno-Ekonomiczna w Łodzi
Łódź 2011

Wydanie pierwsze
ISBN 978-83-7405-521-5
publikacja elektroniczna
(numeracja stron na podstawie
wydania papierowego z 2007 r.)

Skład DTP
Hanna Opala

Wydawnictwo
Akademii Humanistyczno-Ekonomicznej w Łodzi
e-mail: wydawnictwo@ahe.lodz.pl
www.wydawnictwo@ahe.lodz.pl

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 4491033A63303331

Spis treści

Wstęp 5

ROZDZIAŁ I
Rodzina jako środowisko wychowawcze i rozwojowe dziecka niepełnosprawnego

Wprowadzenie 9
Dziecko niepełnosprawne w rodzinie 10
Funkcje wychowawcze i emocjonalne rodziny z dzieckiem niepełnosprawnym 23
Postawy rodziców niepełnosprawnych dzieci i ich wpływ na dziecko 31
Specyfika potrzeb niepełnosprawnych dzieci 38
Instytucje i organizacje społeczne wspierające rodzinę z dzieckiem niepełnosprawnym 42

ROZDZIAŁ II
Niepełnosprawność dzieci i młodzieży i jej charakterystyka

Pojęcie niepełnosprawności 49
Klasyfikacja kategorii niepełnosprawności dzieci 51
Etiologia niepełnosprawności dzieci 57
Charakterystyka funkcjonowania dzieci niepełnosprawnych 60

ROZDZIAŁ III
Metodologia badań własnych

Wprowadzenie 71
Cel, przedmiot, problemy, hipotezy badawcze oraz zmienne niezależne i zależne 72
Metody i techniki badawcze stosowane w procedurze badawczej 78
Organizacja badań oraz charakterystyka populacji badawczej 81

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 4491033A63303331

ROZDZIAŁ IV
Przeżycia emocjonalne rodziców związane z akceptacją niepełnosprawności dziecka 85

ROZDZIAŁ V
Postawy rodzicielskie wobec dziecka niepełnosprawnego w rodzinie 115

ROZDZIAŁ VI
Zaspokajanie przez rodziców potrzeb psychofizycznych dzieci niepełnosprawnych 139

ROZDZIAŁ VII
Świadomość i oddziaływania wychowawcze rodziców w stosunku do dziecka niepełnosprawnego
Wprowadzenie 165
Świadomość wychowawcza rodziców niepełnosprawnych dzieci 166
Oddziaływania wychowawcze rodziców wobec dzieci niepełnosprawnych 182

ZAKOŃCZENIE 201

LITERATURA 207

ANEKSY 217

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 4491033A63303331

Wstęp

Problematyka rodziny, jako podstawowej i zarazem pierwotnej grupy społecznej, wywierającej zasadniczy wpływ na kształtowanie osobowości dziecka, jest przedmiotem badań wielu dyscyplin naukowych. Z pedagogicznego punktu widzenia rodzina określana jest jako środowisko wychowawcze lub instytucja wychowawcza, która jest równocześnie podstawową komórką społeczeństwa i wspólnotą członków w rodzinie.

Rodzina spełnia w życiu każdego człowieka istotną i najważniejszą rolę. Stanowi ona spośród innych grup społecznych i środowisk wychowawczych pierwsze i ogromnie ważne środowisko, które oddziałuje najdłużej na jednostkę ludzką, bo od urodzenia aż do usamodzielnienia się dziecka, a nawet jeszcze dłużej. Spełnia ona również ważne zadania opiekuńcze, wychowawcze, socjalizacyjne. Przekazuje dziecku, już od urodzenia i przez następne okresy rozwojowe, wartości życiowe, normy społeczne, wzory zachowań, które są ważnym elementem transmisji między wspólnotą rodzinną a makrospołecznymi strukturami życia pozarodzinnego.

Od lat 70. XX wieku do współczesnych czasów nastąpił dynamiczny wzrost badań z zakresu funkcjonowania współczesnej rodziny, postaw rodzicielskich, aksjologii rodziny, przemian funkcji rodzicielskich, a także trudności ekonomicznych, socjalizacyjnych i wychowawczych współczesnej rodziny i jej wielostronnych przemian wynikających z transformacji ustrojowej w Polsce.

W ostatnich latach w Polsce i innych krajach zaznacza się również znaczny wzrost zainteresowania problematyką rodziny z dzieckiem niepełnosprawnym oraz rewalidacją i rehabilitacją niepełnosprawnego dziecka. Wiele miejsca w publikacjach i opracowaniach naukowych, jak i w artykułach zawartych w czasopismach poświęca się rodzinie dziecka niepełnosprawnego. Problem usprawnienia osób upośledzonych, niesienia pomocy i wsparcia w trudnościach

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 4491033A63303331

opiekuńczo-wychowawczych staje się w naszym kraju problemem niezmiernie istotnym. Priorytetowe ujmowanie w polityce naszego państwa dzieci niepełnosprawnych i ich rodziny jako stałego komponentu systemu oświatowego, kulturalnego i socjalnego państwa, przyczyniłoby się niewątpliwie do polepszenia bytu i funkcjonowania tych dzieci w rodzinie i w lokalnych oraz szerszych strukturach społecznych.

Wielostronne problemy rodzin z niepełnosprawnym dzieckiem omawiane są przez wielu pedagogów polskich, m.in. M. Chodkowską[1], Z. Kawczyńską-Butrym[2], M. Kościelską[3], A. Maciarz[4], T. Gałkowskiego[5] i F. Wojciechowskiego[6]. Autorzy ci dogłębnie przedstawiają zagadnienia rewalidacji, rehabilitacji, socjalizacji dziecka niepełnosprawnego w rodzinie i poza rodziną. W niewielkim stopniu badacze rodziny podejmują badania funkcji emocjonalnych (zaspokajanie potrzeb psychicznych dzieci, akceptacji ich choroby, stosunku i postaw rodzicielskich) rodziny z dzieckiem niepełnosprawnym. Stąd też podjęcie zagadnień badawczych z obszaru sfer emocjonalnych i wychowawczych rodziny z dzieckiem niepełnosprawnym wypełni, choć nie w całości, pole badawcze z familiologii, specyficznej grupy rodziny funkcjonującej z dzieckiem niepełnosprawnym.

Celem niniejszej pracy jest przedstawienie szczegółowej diagnozy z zakresu akceptacji dziecka niepełnosprawnego w rodzinie, postaw rodzicielskich, a także stopnia i zakresu zaspokojenia potrzeb psychospołecznych i biologicznych oraz świadomości opiekuńczo-wychowawczej rodziców w realizacji zadań rozwojowych dziecka niepełnosprawnego.

Opracowanie niniejsze składa się z trzech części: teoretycznej, metodologicznej i empirycznej.

W części teoretycznej uwzględniono dwa rozdziały (rozdział I i II). W rozdziale I przedstawiono dogłębną analizę literatury pedagogicznej, psychologicznej, socjologicznej z zakresu rodziny jako środowiska wychowawczego i rozwojowego dziecka niepełnosprawnego. Rodzina z niepełnosprawnym

---

1 M. Chodkowska, *Kulturowe uwarunkowania postaw wobec inwalidztwa oraz osób niepełnosprawnych. Ciągłość i możliwość zmiany*, [w:] Chodkowska M. (red.), *Człowiek niepełnosprawny: problem autorealizacji i społecznego funkcjonowania*, Lublin 1994.

2 Z. Kawczyńska-Butrym, *Rodzina wobec problemów człowieka niepełnosprawnego*, „Problemy Rehabilitacji Społecznej i Zawodowej" 1993, nr 1–2.

3 M. Kościelska, *Oblicza upośledzenia*, Warszawa 1995.

4 A. Maciarz, *Dziecko niepełnosprawne*, Zielona Góra 1996.

5 T. Gałkowski, *Dziecko autystyczne w środowisku rodzinnym i szkolnym*, Warszawa 1995.

6 F. Wojciechowski, *Dziecko umysłowo upośledzone w rodzinie: studium porównawcze*, Warszawa 1995; *Proces rehabilitacyjny w kontekście edukacyjnym*, Rzeszów 2001.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 4491033A63303331

dzieckiem stanowi specyficzną grupę społeczną i środowisko, w którym żyje i rozwija się dziecko, stąd też inne niż w rodzinie z pełnosprawnymi dziećmi są potrzeby upośledzonych dzieci. Zakres tych potrzeb jest szerszy, gdyż obok tradycyjnych potrzeb, występują również potrzeby rehabilitacyjne i rewalidacyjne dzieci niepełnosprawnych. Wyostrzone są także potrzeby miłości, bezpieczeństwa i akceptacji.

Zwrócono także uwagę na specyfikę zadań opiekuńczo-wychowawczych, socjalizacyjnych i emocjonalnych rodziny nad dzieckiem niepełnosprawnym. Omówiono także wielostronną działalność organizacji i instytucji społeczno-opiekuńczych i rehabilitacyjnych wspierających rodzinę i dziecko w usprawnianiu zaburzonych funkcji.

Rozdział II traktuje o niepełnosprawności dzieci. Obok pojęcia niepełnosprawności w ujęciu różnych dyscyplin naukowych, dokonano również klasyfikacji różnych grup niepełnosprawności dzieci oraz przyczyn niepełnosprawności. Przedstawiono także w tym rozdziale charakterystykę i opis funkcjonowania dzieci o różnym stopniu i rodzaju niepełnosprawności.

Rozdział III stanowi rozdział metodologiczny, w którym ujęto cel i przedmiot pracy, wyeksponowano problemy badawcze, a także hipotezy robocze oraz zmienne niezależne, zależne i wskaźniki badawcze, które nie tylko ukierunkują proces badawczy, ale także spełniać będą w badaniach ważną rolę w realizowanej analizie i syntezie uzyskanych materiałów badawczych. W rozdziale tym również omówiono metody i techniki badawcze oraz organizację, przebieg i charakterystykę populacji rodziców i dzieci poddanych badaniom.

Rozdziały od IV do VII stanowią część empiryczną pracy. W rozdziale IV dokonano dogłębnej analizy przeżyć emocjonalnych rodziców wynikających z urodzenia się dziecka niepełnosprawnego oraz akceptacji i wyrażanych odczuć matki i ojca do tych dzieci.

Treści rozdziału V nawiązują w sposób pośredni do zagadnień z rozdziału IV. Ujmuje on sferę stosunku emocjonalnego rodziców wyrażającą się w postawach rodzicielskich – osobno matki, osobno ojca – do swych niepełnosprawnych dzieci. Dokonano w nim analizy poszczególnych postaw rodzicielskich.

W rozdziale VI ujęto treści związane z obszarem psychospołecznych, biologicznych i rehabilitacyjnych potrzeb niepełnosprawnych dzieci oraz jakość i stopień zaspokojenia tych potrzeb przez środowisko rodzinne.

W ostatnim VII rozdziale pracy dokonano analizy świadomości wychowawczej rodziców w odniesieniu do dziecka niepełnosprawnego. Wyeksponowano także jakość i stopień oddziaływań wychowawczych realizowanych w procesie rozwojowo-wychowawczym niepełnosprawnego dziecka.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 4491033A63303331

Treści tej książki mogą z pewnością zainteresować rodziców dzieci niepełnosprawnych, a także słuchaczy studiów pedagogicznych. Starano się, by każdy rozdział (teoretyczny i empiryczny) stanowił pewien obszar wiedzy nad możliwościami optymalnych oddziaływań wychowawczych i emocjonalnych nad dziećmi niepełnosprawnymi w rodzinie, jako tym pierwszym, najbliższym i naturalnym środowisku społecznym, które powinno być dla niego ostoją bezpieczeństwa, miłości, pełnej akceptacji.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 4491033A63303331

Rozdział I

Rodzina jako środowisko wychowawcze i rozwojowe dziecka niepełnosprawnego

Wprowadzenie

Rodzina jest pierwszym i naturalnym kręgiem środowiskowym, do którego dziecko wchodzi przez sam fakt narodzin. Od momentu narodzin do osiągnięcia pełnej dojrzałości rodzina ponosi główną odpowiedzialność za zaspokojenie potrzeb dziecka, jego socjalizację i wychowanie. Zakres i nasilenie oddziaływania wspólnoty rodzinnej jest różny w zależności od świadomości rodzicielskiej i okresu życia dziecka.

Rodzina jest w stanie zapewnić dziecku optymalny rozwój, przystosowanie do życia społecznego. Zaspokaja jego potrzeby fizyczne i psychiczne w sposób naturalny, pobudza je i ukierunkowuje. Kształtuje również sferę uczuciowo-emocjonalną, postawy i wzory postępowania. Określa cele i wartości, do których dziecko ma dążyć.

Znaczenie rodziny w rozwoju i wychowaniu dziecka z natury swej jest istotne i trudne do zastąpienia. Jednak rozszerza się i jednocześnie komplikuje jej rola wówczas, gdy rodzi się i funkcjonuje w niej dziecko niepełnosprawne.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 4491033A63303331

Dziecko niepełnosprawne wprowadza zmiany w życiu rodziny i pełnionych przez nią funkcjach. Rodzice często muszą dokonać reorganizacji zarówno w zakresie dotychczasowych planów, zainteresowań i upodobań, jak i systemu wartości.

Dziecko niepełnosprawne w rodzinie

Rodzina jest środowiskiem, w którym nowo narodzone dziecko funkcjonuje pierwotnie. W niej zdobywa pierwsze doświadczenia, osiąga pierwsze sukcesy. To ona zaspokaja jego pierwsze potrzeby. Klimat rodzinny, styl wychowania nadają rytm, w jakim rozwija się dziecko.

Problematyka rodziny, jako podstawowej instytucji społecznej, która wywiera zasadniczy wpływ na rozwój dziecka, jest przedmiotem wielu badań naukowych. Badania te potwierdzają znaczenie rodziny nie tylko dla rozwoju fizycznego i umysłowego dziecka, ale przede wszystkim dla prawidłowego rozwoju jego uczuć i postawy społecznej[7].

Przystępując do rozważań nad problemem dziecka upośledzonego w rodzinie, trzeba najpierw określić treść, jaką będziemy ujmować pod pojęciem „rodzina". Często tym określeniem obejmuje się tylko ojca, matkę i dziecko lub dzieci. Jest to ujęcie bardzo wąskie, w szczególności gdy chodzi o przedstawienie problemu dziecka niepełnosprawnego w rodzinie. Z tego punktu widzenia niezbędne jest szersze ujęcie pojęcia rodziny.

Według W. Okonia, rodzina to mała grupa społeczna „składająca się z rodziców, ich dzieci i krewnych; rodziców łączy więź małżeńska, rodziców z dziećmi więź rodzicielska, stanowiąca podstawę wychowania rodzinnego, jak również więź formalna, określająca obowiązki rodziców i dzieci względem siebie"[8]. Bardzo ważne w każdej rodzinie jest uczucie miłości. Jest ono niejako spoiwem łączącym członków wspólnoty rodzinnej i dającym im wiele szczęścia. Miłość małżeńska i rodzicielska sprzyja prawidłowemu funkcjonowaniu rodziny.

Zdaniem A. Kamińskiego „rodzina pozostaje dla ogromnej większości dzieci i dorosłych podstawowym zespołem wspólnoty życia; jest to wspólnota głównie emocjonalna, w której podczas wszystkich lat życia następuje wzajemne

---

7 H. Cudak, *Znaczenie rodziny w rozwoju i wychowaniu małego dziecka*, Warszawa 1999.

8 W. Okoń, *Nowy słownik pedagogiczny*, Warszawa 1998, s. 266.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 4491033A63303331

wyrównywanie poglądów i ocen [...]. Dzieci w kręgu rodzinnym formułują swe postawy, kształtują sposób bycia, ustalają normy moralne”[9].

Współczesna rodzina ulega wyraźnie zaznaczającym się przemianom pod wpływem uwarunkowań makrospołecznych lub mezospołecznych oraz czynników tkwiących w środowisku rodzinnym. Z. Tyszka[10] wyraża słuszny pogląd, że na funkcjonowanie rodziny i życie jej członków silny wpływ mają zjawiska gospodarczo-społeczne, techniczne, kulturowe, informatyczne i świadomościowe, a także upowszechnienie wykształcenia, atomizacja społeczna i liberalizacja życia ludzkiego. Natomiast do wewnątrzrodzinnych uwarunkowań przemiany rodziny zaliczamy takie czynniki, jak: wzrost wykształcenia rodziców, osłabianie więzi emocjonalnej w rodzinie, zmiany modelu życia rodzinnego, atomizacja członków rodziny, zmiany ról wewnątrzrodzinnych, ograniczenie dzietności.

Mimo tych przemian rodzina nie traci jednak swojego charakteru, jako instytucja stwarzająca dziecku najbardziej sprzyjające warunki rozwojowe. Dziecko znajduje w domu rodzinnym wzory, pozwalające na wybór odpowiednich zasad, a następnie zaakceptowanie ich jako własnych modeli postępowania. Miłość i autorytet, z którymi się dziecko styka w rodzinie, stanowią dwa silnie oddziałujące komponenty wzajemnie się uzupełniające w procesie wychowania. Stosunki interpersonalne pomiędzy poszczególnymi członkami rodziny mają swój specyficzny charakter, którego nie da się porównać z żadnymi innymi grupami społecznymi. Każdy z członków rodziny jest zarazem dawcą, jak i biorcą pewnych wartości i obie te role występują na przemian w codziennych sytuacjach życiowych.

Zdaniem H. Cudaka „każda rodzina tworzy własną, niepowtarzalną historię swego życia, na którą składa się wzajemna miłość rodziców, miłość rodzicielska do dzieci, tradycje rodzinne, zwyczaje, obowiązki jej członków w domu i poza domem oraz codzienne zachowania”[11]. Przede wszystkim od rodziców zależy, jakie będą losy rodziny, czy miłości wystarczy dla wszystkich jej członków i czy dzieci wyniosą z niej tylko to, co dobre i potrzebne w każdym społeczeństwie. Ta grupa społeczna oddziałuje w największy sposób na każde dziecko funkcjonujące w niej. Od atmosfery domowej panującej w rodzinie zależy rozwój fizyczny i psychiczny dzieci.

---

[9] A. Kamiński, *Funkcje pedagogiki społecznej*, Warszawa 1982, s. 101.

[10] Z. Tyszka, *Stan rodziny współczesnej a wewnątrzrodzinna socjalizacja dzieci. Sytuacja w Polsce na tle krajów o wysokim poziomie rozwoju*, [w:] Cudak H. (red.), *Socjalizacja i wychowanie we współczesnych rodzinach polskich*, Piotrków Trybunalski 2001.

[11] H. Cudak, *Szkice z badań nad rodziną*, Kielce 1995, s. 7.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 4491033A63303331

Nie w każdej rodzinie spotyka się dzieci wyłącznie zdrowe i prawidłowo rozwijające się. Są rodziny, które wychowują obok dzieci pełnosprawnych, także dziecko odbiegające w różnym stopniu od normy. Mogą to być dzieci z niewielkimi odchyleniami od intelektualnej normy, z fragmentarycznymi deficytami i zaburzeniami w rozwoju np. percepcji wzrokowej, słuchowej, sprawności motorycznej i sfery emocjonalnej, z niezadowalającym stanem zdrowia, przewlekle chore i kalekie, z wadami wzroku i słuchu oraz upośledzone umysłowo. Dzieci te, ze względu na zaburzenia występujące w ich rozwoju fizycznym i psychicznym, określa się wspólnym mianem dzieci niepełnosprawnych[12].

Dla dziecka upośledzonego umysłowo rola rodziny i odpowiednich postaw rodzicielskich nabiera szczególnej wagi. Dziecko o obniżonych możliwościach intelektualnych wymaga, bardziej niż dziecko pełnosprawne, zrozumienia ze strony rodziców, ich akceptacji i cierpliwości. Od tego bowiem, jakie postawy prezentują rodzice, w dużej mierze zależy proces rewalidacji dziecka.

Dziecko niepełnosprawne, już od momentu wystąpienia zauważalnych objawów upośledzenia (niejednokrotnie jest to w momencie narodzin), jest źródłem rozczarowania i cierpienia dla swoich rodziców. Rodzice także odczuwają lęk przed ciężarem obowiązków związanych z wychowywaniem, leczeniem upośledzonego dziecka, komentarzami sąsiadów czy krytycznym wzrokiem przechodniów na ulicy.

W ciągu ostatnich dwudziestu lat zaszły dość wyraźne zmiany w traktowaniu potrzeb rozwojowych dzieci niepełnosprawnych, wychowujących się w środowisku rodzinnym. Uznano bowiem, że najodpowiedniejszym miejscem dla nich jest rodzina, która powinna stale współpracować ze specjalistami w programie uczenia, wychowania, rewalidacji czy rehabilitacji. Jednakże należałoby stwierdzić bardzo rzadkie stosowanie tychże zaleceń w odniesieniu do dzieci i młodzieży upośledzonej, gdyż wobec nich występuje mniejsza tolerancja i akceptacja w środowisku osób zdrowych.

Odmienność w wychowaniu dziecka upośledzonego wynika między innymi z tego, że potrzebuje ono od rodziców specjalnej pomocy, wynikającej z rodzaju i stopnia upośledzenia.

Przede wszystkim dla dobra dziecka niepełnosprawnego, które wychowuje się w rodzinie, najistotniejszą rzeczą jest, aby rodzice zrozumieli fakt, że ich dziecko ma takie same potrzeby, jak jego zdrowe rodzeństwo lub rówieśnicy. Ono także pragnie być otoczone troskliwością i miłością rodzicielską, daje mu

---

[12] H. Borzyszkowska, *Dziecko niepełnosprawne w rodzinie*, „Oświata i Wychowanie" 1988, nr 42.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 4491033A63303331

to niezwykle potrzebne, jak każdej jednostce ludzkiej, poczucie bezpieczeństwa i przynależności do rodziny. Dziecko niepełnosprawne tak samo pragnie bawić się i mieć uznanie u rodziców za dobre spełnienie swoich obowiązków. Sytuacja dziecka niepełnosprawnego w rodzinie zależy przede wszystkim od poglądów, jakie mają rodzice na zjawisko jakim jest upośledzenie oraz od stosunku do swojego, chorego dziecka.

Posiadanie dziecka niepełnosprawnego stawia rodziców w trudnej sytuacji, w której dominuje przede wszystkim poczucie zawodu, niespełnionych nadziei, osamotnienia, świadomość klęski życiowej, poczucie winy, liczne konflikty, napięcia. Jest to sytuacja, którą można z pewnością uznać za krytyczne wydarzenie życiowe[13].

Wszyscy rodzice pragną i spodziewają się urodzenia dziecka psychicznie i fizycznie zdrowego. Wielkim więc wstrząsem i bolesnym doświadczeniem jest dla nich wiadomość o upośledzeniu dziecka. Zdaniem T. Gałkowskiego „integracja dziecka kalekiego w rodzinie polegałaby na umożliwieniu mu jak najpełniejszego rozwoju, przy jednoczesnym zaakceptowaniu przez rodzinę wszystkich konsekwencji socjalnych i wychowawczych wynikających z kalectwa. [...] sprzyjający klimat w rodzinie jest nieodzownym warunkiem integracji i prawidłowego rozwoju osobowości dziecka”[14]. T. Gałkowski, aby potwierdzić swoją opinię na ten temat, dla przykładu posługuje się postacią Denise Legrix, autorki książki *Taka się urodziłam*. W swojej autobiografii podkreśla ona znaczenie odpowiedniego stosunku rodziców do samodzielnego opanowywania przez nią podstawowych i niezbędnych do codziennego życia czynności. Podkreśla ona w swej książce, że w domu rodzinnym znajdowała całkowitą akceptację dla swego kalectwa i taki sam stosunek uczuciowy, jaki się spotyka w przypadku dzieci nie odbiegających w niczym od normy.

Reakcje rodziców na wiadomość o upośledzeniu dziecka bywają różne. Wszystkim jednak, bez wyjątku, trudno jest pogodzić się z faktem, że będą wychowywać dziecko niepełnosprawne.

Zdaniem H. Borzyszkowskiej[15], dość często zdarza się, że rodzice nie dostrzegają, bądź nie chcą dostrzegać niepełnosprawności u swojego dziecka. Konsekwencje takiego stanu dla rozwoju dziecka są zawsze niekorzystne. Akceptacja

---

[13] A. Hryniewiecka, *Czynny udział rodziców w usprawnianiu dziecka niepełnosprawnego*, „Medycyna – Dydaktyka – Wychowanie” 1996, nr 1–2.

[14] T. Gałkowski, *Psychologiczne problemy integracji dziecka kalekiego w rodzinie*, „Zagadnienia Wychowawcze a Zdrowie Psychiczne” 1979, nr 1–2, s. 71.

[15] H. Borzyszkowska, *Dziecko upośledzone w rodzinie*, [w:] Hulek A. (red.), *Pedagogika rewalidacyjna*, Warszawa 1988.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 4491033A63303331

lub odrzucenie faktu, że ma się dziecko upośledzone, pociąga bowiem za sobą pewne konsekwencje, rzutujące na całość sytuacji i atmosfery w rodzinie, która warunkuje rozwój i zakres rewalidacji dziecka niepełnosprawnego.

Zaakceptowanie przez rodziców dziecka z jego upośledzeniem jest niezwykle utrudnione, ponieważ rzadko kiedy środowisko społeczne, w którym rodzina funkcjonuje, ma dla jej problemów zrozumienie i akceptację.

H. Borzyszkowska[16] jest zdania, że rodzice na pewno nie wstydziliby się dziecka niepełnosprawnego, gdyby nie było tylu rozpowszechnionych błędnych zapatrywań na upośledzenie. Najbłędniejsze są te przekonania, które dotyczą upośledzenia umysłowego, a wynikają one przede wszystkim z niewiedzy i braku rzetelnej informacji.

Istnieje wiele różnych przyczyn, które utrudniają rodzicom zaakceptowanie dziecka niepełnosprawnego, takim jakie ono jest. W niektórych rodzinach decyduje wstyd, niektórzy czują się natomiast winni za jego upośledzenie i chcąc zrzucić z siebie odpowiedzialność, nie godzą się z tym faktem nigdy. Inną przyczyną może być brak podstawowych wiadomości z dziedziny procesu rozwojowego w okresie ciąży oraz o innych czynnikach, które mogą powodować niepełnosprawność dziecka.

Problem dziecka niepełnosprawnego w rodzinie jest niezwykle skomplikowany. Można jednak zakładać, że sytuacja każdego dziecka upośledzonego, jego rewalidacja i wychowanie zależy od tego, czy jego rodzice sami są przekonani o tym, że ich dziecko jest niepełnosprawne oraz od ich poglądów na jego usprawnienie. Niejednokrotnie dość trudno jest przekonać rodziców nie tylko o możliwości usprawniania dziecka, ale przede wszystkim o konieczności wczesnego rozpoczęcia pracy nad jego rozwojem. Bardzo istotne jest to, aby rozwinąć maksymalnie w dziecku to, co jest zdrowe, co pozwoli mu w miarę samodzielnie żyć, a jego rodzicom da powody do dumy i zadowolenia.

Wszelkie upośledzenie ważnej funkcji życiowej, mające trwały charakter, zdaniem T. Gałkowskiego[17], stanowi dla otoczenia społecznego pewien bodziec, na który jest ono wrażliwe bądź nie. Ta wrażliwość, z kolei, może mieć charakter okaleczający lub przeciwnie, może sprzyjać dobremu samopoczuciu osoby upośledzonej, ponieważ dostarcza jej podstaw do poczucia bezpieczeństwa, akceptacji i miłości. Z aspektem wrażliwości wiąże się także widoczność niepełnosprawności. Inaczej będzie się ona przedstawiać w przypadku np. łatwo rozpoznawalnych osób niewidomych, a znacznie inaczej w przypadku

---

[16] Tamże.

[17] T. Gałkowski, *Dziecko autystyczne w środowisku rodzinnym i szkolnym*, Warszawa 1995.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 4491033A63303331

osób głuchych, nie odznaczających się niczym szczególnym, wskutek czego niejednokrotnie uchodzą za normalnie słyszących.

Kolejnym, bardzo istotnym aspektem w ocenie sytuacji dziecka upośledzonego, wychowywanego w rodzinie jest jego stopień zależności od innych osób. W miarę uzyskiwania poprawy w ogólnym stanie zdrowia, stopień ten będzie się zmniejszać. Rodzice powinni to uwzględnić przy podejmowaniu przez dziecko zadań o określonej trudności. Stosunek rodziców do dziecka i do zadań, które się wyłaniają w procesie oddziaływań opiekuńczych, wychowawczych i rehabilitacyjnych na dziecko niepełnosprawne, często jest pozytywnym efektem kontaktów ze specjalistami. Mogą oni rodziców napełniać wiarą w opłacalność podejmowanych wysiłków i znaleźć w nich dobrych partnerów do współpracy, ale i zniechęcać do czekających ich zadań i obowiązków wobec dziecka niepełnosprawnego.

W przypadku niektórych kategorii chorobowych i zarazem nabytych wad wrodzonych, zwłaszcza upośledzeń sprzężonych, wymagających długotrwałych i intensywnych wysiłków w leczeniu i rehabilitacji, profesjonaliści sami niekiedy odczuwają własną bezsilność. Rzutuje to na formę i treść udzielanych rodzicom porad i wyjaśnień. W takich sytuacjach szukają oni przyczyn istniejących niepowodzeń w rodzicach. Traktują ich jako osoby, które można obciążać odpowiedzialnością za aktualny stan dziecka.

„Pojawienie się dziecka defektywnego w rodzinie powoduje najczęściej zmianę jej klasyfikacji merytorycznej. Rodzina taka staje się odtąd problemową, a najważniejszym zagadnieniem staje się wówczas dokonanie takiej zmiany w obrębie jej postaw i działań opiekuńczo-wychowawczych, aby mogła sprostać nowym zadaniom płynącym z konieczności współdziałania rewalidacyjnego”[18]. W momencie narodzin dziecka niepełnosprawnego, przed rodzicami pojawiają się specyficzne problemy i zadania opiekuńcze, które w przypadku urodzenia się dziecka zdrowego nie mają miejsca. Pojawienie się dziecka niepełnosprawnego powoduje zmiany w warunkach życia całej rodziny. Ulegają zmianie lub całkowitemu przekształceniu istniejące wzory jej funkcjonowania, może stać się to bezpośrednią przyczyną nasilania się napięć i konfliktów między poszczególnymi członkami rodziny[19]. Wszelkie konflikty, poczucie zawodu z racji urodzenia się dziecka niepełnosprawnego przyczyniają się do powstania nieprawidłowej atmosfery wychowawczej w rodzinie, a to wpływa negatywnie

---

[18] S. Kawula, J. Wyrembek, *Funkcja opiekuńczo-wychowawcza rodziny wobec dzieci defektywnych*, „Problemy Rodziny” 1986, nr 3, s. 13.

[19] G. Tomczyk, *Wychowanie dziecka niepełnosprawnego w rodzinie*, [w:] Cudak H. (red.), *Problemy współczesnej rodziny w Polsce*, Piotrków Trybunalski 1998.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 4491033A63303331

na wszystkich jej członków. Szczególnie trudna może być sytuacja dziecka niepełnosprawnego, którego rodzice nie mogą zaakceptować, pokochać, a rodzeństwo po prostu wstydzi się tej niepełnosprawności. Niejednokrotnie rodzina stara się ukryć takie dziecko w domowym zaciszu, nie dopuszczając myśli o tym, aby funkcjonowało ono nie tylko w środowisku rodzinnym, ale i rówieśniczym, lokalnym czy szkolnym. Dziecko takie zostaje przez rodziców bardzo ograniczane, gdyż nie ma możliwości kontaktu z innymi ludźmi, staje się zamknięte i uboższe o doświadczenia interpersonalne od swoich zdrowych rówieśników. M. Kościelska[20] wyraża opinię, że rola psychologów w kontaktach dzieci niepełnosprawnych ze środowiskiem społecznym jest bardzo ważna. Zauważa także, że dużym postępem w klimacie stosunków psycholog – dziecko i jego rodzice, byłoby optymalizowanie rozwoju dzieci, z jednoczesnym uznaniem ich prawa do bycia nie w pełni sprawnymi. Należałoby stwierdzić, że rozpowszechnienie takiego stanowiska mogłoby mieć znaczenie dla stosunków ogólnoludzkich.

Rodzice, po uzyskaniu informacji, że ich dziecko jest niepełnosprawne, przeżywają bardzo silne negatywne emocje. Jak zauważono wcześniej, w rezultacie ulegają zakłóceniu relacje między członkami rodziny, szczególnie zaś między samymi rodzicami oraz między rodzicami a upośledzonym dzieckiem. A. Twardowski[21] stwierdza, że ewolucję przeżyć emocjonalnych rodziców można podzielić na cztery okresy: szoku, kryzysu emocjonalnego, pozornego przystosowania się i konstruktywnego przystosowania się do sytuacji.

Okres szoku nazywany jest także okresem krytycznym lub wstrząsu emocjonalnego. Następuje bezpośrednio po tym, gdy rodzice dowiadują się, że ich dziecko jest niepełnosprawne i że nie będzie rozwijać się prawidłowo. Rodzice oczekują na urodzenie zdrowego dziecka i na to, że rozwój jego będzie przebiegał prawidłowo. Po uzyskaniu informacji o upośledzeniu dziecka, większość rodziców załamuje się, a ich równowaga psychiczna ulega zachwianiu. W przeżyciach dominują: żal, rozpacz, lęk, poczucie krzywdy, bezradności i beznadziejności. Emocje te, silnie przeżywane przez rodziców, zazwyczaj negatywnie wpływają na ich ustosunkowanie się do zaistniałej sytuacji. Pojawiają się wówczas nieporozumienia, liczne konflikty wewnątrzrodzinne, wrogość i agresja.

Po okresie szoku następuje faza kryzysu emocjonalnego. Rodzice nie potrafią pogodzić się z faktem, że mają niepełnosprawne dziecko. Nadal przeżywają

---

[20] M. Kościelska, *Rodziny dzieci niepełnosprawnych*, Warszawa 1998.

[21] A. Twardowski, *Pomoc rodzinom dzieci niepełnosprawnych*, [w:] Obuchowska I. (red.), *Dziecko niepełnosprawne w rodzinie*, Warszawa 1995.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 4491033A63303331

negatywne emocje, jednakże nie są one tak burzliwe. Mają poczucie zawodu i niespełnionych nadziei spowodowane rozbieżnością między wymarzonym a rzeczywistym obrazem dziecka. W przeżyciach rodziców dominuje: poczucie klęski życiowej, poczucie osamotnienia, a także skrzywdzenia przez los. W tym okresie rodzice bardzo pesymistycznie oceniają przyszłość dziecka. Konflikty między nimi pogłębiają dezorganizację rodziny. W tym czasie może wystąpić zjawisko odsuwania się ojca od rodziny, może on już nie zajmować się sprawami rodziny i dziecka, może uciec w alkohol lub w pracę zawodową, społeczną lub całkowicie opuścić rodzinę. Zdaniem A. Twardowskiego[22], zjawisko odsuwania się od spraw rodziny występować może także u matek, aczkolwiek najczęściej dotyczy ono ojców. Matka może też zaniedbywać niepełnosprawne dziecko, pozostawiając je pod opieką męża, babci lub instytucji rehabilitacyjnej lub samemu sobie. Sama natomiast ucieka w pracę zawodową, alkoholizm lub opuszcza dom.

Kolejnym okresem w przeżyciach rodziców opiekujących się dzieckiem upośledzonym jest okres pozornego przystosowania się do sytuacji. Jego charakterystyczną cechą jest to, że rodzice podejmują nieracjonalne próby przystosowania się do tej bolesnej sytuacji. Nie mogąc pogodzić się z tym faktem, stosują różne mechanizmy obronne. Niekiedy deformują oni obraz realnej rzeczywistości zgodnie ze swoimi pragnieniami, wytwarzając tym samym nieprawidłowy obraz dziecka. Innym stosowanym mechanizmem obronnym jest nieuznawanie niepełnosprawności dziecka, czyli nie przyjmują oni do wiadomości tego, że ich dziecko jest upośledzone i będzie rozwijać się nieprawidłowo. Część rodziców, która zrozumiała fakt, że dziecko jest niepełnosprawne, wierzy w możliwość wyleczenia dziecka. Podejmują oni żmudne, a zarazem bardzo kosztowne wysiłki polegające na poszukiwaniu coraz to nowych specjalistów i ośrodków leczniczych. Zwracają się oni również ku metodom paramedycznym, takim jak: bioenergoterapia, ziołolecznictwo, akupunktura. Jeszcze innym mechanizmem obronnym, jaki może wystąpić u rodziców, jest poszukiwanie winnych upośledzenia dziecka. Wielu z nich jest głęboko przekonanych, że niepełnosprawność ich dziecka spowodowana została błędem lub zaniedbaniem ze strony personelu medycznego. Okres ten może trwać bardzo długo. Gdy wyczerpią wszystkie środki i możliwości, mogą wówczas dojść do przekonania, że dla ich dziecka nic już nie da się zrobić. Pogodzeni w ten właśnie sposób ze swoją tragedią, poddają się apatii i pesymizmowi. Rodzice ci nie prowadzą wobec dziecka żadnych oddziaływań

[22] Tamże.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 4491033A63303331

rehabilitacyjnych, oprócz podstawowych czynności opiekuńczych, gdyż w ich mniemaniu i tak nic się nie zmieni.

Ostatnim wyróżnionym okresem w ewolucji przeżyć rodziców jest okres konstruktywnego przystosowania się do sytuacji. Jego istotą jest przeżywanie przez rodziców dylematu: czy i jak można pomagać dziecku. Rodzice podejmują próbę racjonalnego rozważenia swojej sytuacji i sytuacji dziecka. Zaczynają stosować różne zabiegi rehabilitacyjne, wychowawcze i opiekuńcze z dzieckiem niepełnosprawnym. Życie rodziny zaczyna się organizować wokół celu, jakim jest niesienie pomocy dziecku. W przeżyciach rodziców zaczynają dominować uczucia pozytywne. Kontakty z dzieckiem i czynności wykonywane wokół niego lub wspólnie z nim, zaczynają przynosić im często uczucie satysfakcji. Rodzice zaczynają dostrzegać postępy dziecka i przeżywają z tego powodu wielką radość.

Analizę działań wielostronnych mechanizmów radzenia sobie rodziców z faktem niepełnosprawności dziecka podjęła również A. Kubica[23]. Zauważyła ona, że rodziny będące w tak trudnych, życiowych sytuacjach zachowują się często w sposób ekstremalny. Rodziny te określiła jako „rodziny w kryzysie". Wymienia ona następujące sposoby radzenia sobie przez rodziny dzieci niepełnosprawnych z upośledzeniem.

Pierwszym sposobem radzenia sobie rodziców z kryzysem jest mechanizm zaprzeczania. Polega on na takim doborze informacji o dziecku, który potwierdzi tezę, że jest ono normalnie rozwijającą się jednostką ludzką. Bywa i tak, że rodzice kierują silną agresję wobec osób chcących uświadomić im fakt upośledzenia dziecka. Niejednokrotnie próbują podważyć trafność diagnozy, kompetencje diagnosty, a nawet postawy psychologa czy pedagoga jako człowieka.

Kolejnym sposobem przezwyciężania problemu jakim jest upośledzenie dziecka, jest postawa nadopiekuńczości. Jest to zjawisko na pozór niewinne, lecz w rzeczywistości silnie zaburzające relacje w rodzinie i kontakty ze specjalistami.

Każda choroba wywołuje sytuację stresu. Chorobie towarzyszy ból, cierpienie, ograniczenie możliwości dotyczące na przykład pełnienia określonych ról czy rezygnacji z różnych form aktywności. „Rodzina to system trwały, zorganizowany i samoreproduktywny. Rodzina stanowi całość. To, co się dzieje z poszczególnymi członkami rodziny wpływa na funkcjonowanie całego systemu. I odwrotnie – funkcjonowanie rodziny jako całości wpływa na rozwój,

---

[23] A. Kubica, *Pomoc rodzinie dziecka niepełnosprawnego*, „Problemy Opiekuńczo-Wychowawcze" 1993, nr 4.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 4491033A63303331

zachowanie i zdrowie jej członków”[24]. Rodzina z dzieckiem niepełnosprawnym może chcieć się izolować od otoczenia społecznego, w którym zamieszkuje, uważając, że problemy, z którymi musi się borykać na co dzień, bardzo różnią ją od innych rodzin. Rodzice ci zamykają się w swoim kręgu i przeżywają w samotności swoją tragedię.

Stres wywołany chorobą wpływa na interakcje wewnątrz rodziny, a również na relacje z szerszym otoczeniem. Powstaje on w trudnych dla rodziny sytuacjach psychologicznych, ekonomicznych, zdrowotnych, które zaburzają funkcjonowanie rodziny. Stan taki może przyjmować różne formy, w zależności od rodzaju niepełnosprawności dziecka, cech danej rodziny, a także właściwości psychofizycznych poszczególnych jej członków, szczególnie rodziców.

Im większa zdolność rodziny do adaptacji, tym większa jej siła regeneracyjna, a więc zdolność do jej zrekonstruowania z trudnych wydarzeń, które powstały wskutek niepełnosprawności dziecka. W sytuacji, gdy kryzys rozwija się i rodzina nie może uporać się z nim przez dłuższy czas, dochodzi wówczas do nawarstwienia stresów i obciążeń w życiu rodzinnym. Pierwotnie rodzina dysponuje istniejącymi zasobami w postaci: spójności, elastyczności w pełnieniu ról, zaradności poszczególnych członków rodziny, ich odporności psychicznej, posiadania wspólnych dążeń, wspólnego systemu wartości. Te elementy życia rodzinnego mogą mieć wpływ na częściowe zredukowanie ujemnego wpływu stresora, w postaci niepełnosprawności dziecka. Adaptacyjne zmaganie się rodziny ze stresem to proces wzajemnego oddziaływania na siebie zasobów sił i środków, percepcji elementów składających się na sytuację stresową oraz reakcji emocjonalnych i behawioralnych, występujących w rodzinie, która usiłuje odzyskać równowagę w swym funkcjonowaniu[25].

Z pomyślną adaptacją do kryzysowej sytuacji, związanej z niepełnosprawnością dziecka, wiąże się także zdolność do kompromisu między dobrem rodziny, jako całości, a dobrem osoby niepełnosprawnej, jako ważnej części składowej systemu.

System wartości, jaki reprezentuje rodzina, ma istotne znaczenie w procesie radzenia sobie z niepełnosprawnością dziecka. Jeżeli rodzina traktuje cierpienie jako pewne doświadczenie, które daje szansę rozwoju człowieka, wtedy znacznie łatwiej będzie jej się przystosować do tej trudnej sytuacji. Także religia,

---

[24] D. Ochojska, *Człowiek chory w rodzinie – procesy zmagania się z sytuacją*, „Problemy Rodziny” 1994, nr 6, s. 19.

[25] D. Ochojska, M. Radochoński, *Choroba w rodzinie. Style zmagania się z sytuacją trudną*, „Problemy Rodziny” 1997, nr 5–6.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 4491033A63303331

wiara w Boga, która łączy się nierozerwalnie z nadzieją, nadaje cierpieniu rodziców inny wymiar.

Stąd też niepełnosprawność dziecka nie zawsze musi być czynnikiem dezorganizującym i niszczącym życie rodzinne, ale może stać się ważnym doświadczeniem, które integruje rodzinę i sprzyja samorealizacji. Im większa integracja rodziców i pozostałych członków rodziny przed pojawieniem się niepełnosprawnego dziecka, tym większa jest szansa na to, że rodzina będzie dobrze radzić sobie z trudną sytuacją.

Ważnym źródłem oparcia dla rodziny w sytuacji stresu jest otoczenie społeczne. Rodzina przeważnie korzysta z systemu wsparcia ekonomicznego (pieniądze, ubrania, żywność), systemu usług (pomoc w opiece nad niepełnosprawnym, pomoc prawna), systemu wsparcia społecznego i emocjonalnego. Zdarzają się jednak negatywne postawy otoczenia społecznego wobec dziecka, u którego niepełnosprawność jest widoczna. Postawy te mogą wiązać się z przykrymi uczuciami, np. strachem wywołanym widokiem kalectwa. Często ludzie pełnosprawni w kontaktach z niepełnosprawnymi uświadamiają sobie kruchość swojego życia, istnienia. Może być także odwrotnie. Podczas przebywania z jednostką upośledzoną, człowiek może nauczyć się cenić to, czego dotychczas nie doceniał.

Proces radzenia sobie w sytuacji trudnej stał się w ostatnich latach przedmiotem szczególnego zainteresowania wielu badaczy. W opisach tych procesów można wyróżnić dwa podejścia. W pierwszym określane są ogólne właściwości i style radzenia sobie, które u danej osoby mogą pojawić się w różnych sytuacjach stresowych. Styl radzenia sobie jest wtedy traktowany jako pewna stała cecha jednostki, która pojawia się niezależnie od sytuacyjnych uwarunkowań. W drugim obserwowane są zachowania człowieka w konkretnej stresowej sytuacji, a przedmiotem analizy są stosowane przez niego strategie życiowe[26]. Termin „radzenie sobie" dość często pojawia się w literaturze w różnych zakresach znaczeniowych, albowiem mówi się nie tylko o stylu i strategii, ale i o procesie radzenia sobie. Najczęściej słowo „styl" rozumiane jest jako charakterystyczny dla jednostki i będący w jej dyspozycji zbiór strategii radzenia sobie, które aktywizowane są w sytuacji stresowej. W konkretnym akcie radzenia sobie może korzystać z części posiadanych przez siebie strategii. Strategie zaś to specyficzne działania, które są podejmowane w konkretnej sytuacji, nastawione na redukcję nieprzyjemnego stanu bądź rozwiązanie danego problemu[27].

---

[26] K. Kosińska-Dec, J. Jelonkiewicz, *Sposoby radzenia sobie przez rodziców z zaburzeniami emocjonalnymi i chorobą somatyczną dziecka*, „Psychologia Wychowawcza" 1995, nr 4.

[27] Tamże.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 4491033A63303331

M. Kościelska[28] dzieli wzory radzenia sobie rodziców z traumą upośledzenia dziecka na reakcje bezpośrednie i strategie długofalowe.

Pierwszą reakcją na traumę jest zagłuszanie. Jest to napięcie emocjonalne, pochodne od emocji, u niektórych rodziców jest ono tak silne, że uruchamiają oni różne mechanizmy radzenia sobie z nim. Stąd też niektórzy rodzice zaczynają nadużywać alkoholu, środków uspokajających, inni zaś rzucają się w wir życia towarzyskiego lub zamęczają się pracą. Generalnie chodzi o to, aby „nie czuć", „nie myśleć" i „nie pamiętać", czyli nie doprowadzać do bezpośredniej konfrontacji z własnymi emocjami i przeżyciami.

Drugą reakcją są deformacje percepcyjne. Rodzice, aby uchronić się przed bólem uznania swojego dziecka za niepełnosprawne usiłują odrzucić i nie przyjmować tej informacji. Powszechnie obserwuje się zjawisko zaprzeczania diagnozie, polegające na deprecjonowaniu wartości specjalistów, którzy wydali opinię o upośledzeniu dziecka. Inni rodzice z kolei nie dostrzegają w rozwoju dziecka zaburzeń bądź przypisują im inne znaczenie. Jeszcze inni zaprzeczają negatywnej wartości otrzymanych informacji i próbują przyjąć je jako wartości pozytywne.

Kolejnym wzorem zachowań rodziców jest porządkowanie poznawcze. Rodzice poszukują informacji, dlaczego właśnie im się to przytrafiło, jaka jest przyczyna upośledzenia, szukają winnego. Na bazie zasłyszanych i przeczytanych informacji tworzą własną koncepcję zdarzeń, która często znacznie różni się od stanowiska specjalistów. Rodzice ci przypisują sobie bardzo dużą rolę zarówno w genezie zaburzenia, jak i pomocy dziecku w wyjściu z tego stanu.

Poszukiwanie wsparcia jest następnym wzorem zachowań. Wielu rodziców poszukuje innych ludzi, którzy mogliby im dodać nadziei, udzielić wskazówek, przekazać sposób, metodę, a może i uwolnić od problemu. Niektórzy oczekują, że wystarczy oddać dziecko specjaliście, a on je wyleczy i odda całkiem zdrowe. Zdarzają, się i tacy rodzice, którzy powstałą sytuacją czują się na tyle zaniepokojeni, że oczekują od wszystkich dookoła szczególnego zainteresowania, pomocy i rozwijają postawę urojeniowo-roszczeniową.

Ostatnią wymienioną reakcją jest uprzedmiotowienie dziecka. Wielu rodzicom zbyt dużą trudność sprawia wchodzenie w kontakt z dzieckiem niepełnosprawnym, którego istnienie sprawia im cierpienie i poczucie zawodu. Odcinają się oni od dziecka jako od osoby, zachowując jednocześnie poczucie rodzicielskiej odpowiedzialności. Traktują oni swego potomka jako przedmiot pielęgnacji i rehabilitacji. Koncentrują oni swoją uwagę przede wszystkim na zadaniu pełnienia roli opiekuńczej, a nie na samym dziecku.

---

[28] M. Kościelska, *Oblicza upośledzenia*, Warszawa 1995.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 4491033A63303331

Obserwując linie życiowe rodziców wychowujących niepełnosprawne dziecko, wśród strategii długofalowych wyróżnić można trzy zasadnicze jej typy.

Linia pierwsza – wiąże się z pozostawieniem dziecka upośledzonego na uboczu głównego nurtu życia rodziny. W skrajnych przypadkach polega to na oddaniu dziecka do zakładu, w mniej skrajnych – na powierzeniu troski o dziecko wybranym członkom rodziny lub płatnym opiekunom. W sferze wewnętrznego przeżywania, mamy tu do czynienia z zamknięciem i izolacją całej sfery doznań związanych z dzieckiem. Dziecko i jego niepełnosprawność stanowią rodzaj rany, której rodzice nie chcą ruszać, nie mówią o nim, nie kontaktują się ze specjalistami czy szkołą, delegują oni do tego celu określone osoby.

Linia druga – polega najogólniej na normalizacji życia. Rodzina osiąga pewien kompromis, uwzględniając szczególne potrzeby dziecka i realizację planów rodziców, związanych z ich życiem osobistym, pracą zawodową i wychowaniem pozostałych dzieci.

Linia trzecia – charakteryzuje się zaangażowaniem rodziców w upośledzenie dziecka i uczynieniem z niego najważniejszego problemu. Dla tych rodziców rehabilitacja staje się sprawą najistotniejszą, dokonują oni przewartościowań w swoim życiu i z pełną świadomością wyboru angażują się w sprawę swojego dziecka. Niektórzy rodzice zmieniają zawód na taki, który przybliży ich do problematyki zaburzeń rozwoju lub daje im profesjonalne kompetencje opieki, wychowania i rehabilitacji dziecka niepełnosprawnego. Wielu rodziców angażuje się, działając społecznie na rzecz poprawy warunków ludzi niepełnosprawnych.

Zdaniem K. Kosińskiej-Dec i I. Jelonkiewicz[29], w sytuacjach, gdy rodzina styka się ze stresem, początkowo próbuje dostosować się do niego, nie naruszając jednak ustalonych wcześniej wzorów zachowania. Zaczyna wtedy używać trzech strategii radzenia sobie z sytuacją trudną, a mianowicie:

– strategia unikania: rodzina próbuje zaprzeczyć lub zignorować stresor, żywiąc nadzieję, że sytuacja rozwiąże się sama;
– strategia eliminacji: rodzina usuwa stresor lub zmienia jego definicję, znaczenie;
– strategia asymilacji: rodzina przyjmuje wymagania wynikające z sytuacji stresowej i dopasowuje je do istniejącej struktury i wzorów interakcji.

Dostosowanie się do niepełnosprawnego dziecka, są to pozorne działania rodziny. Niezbędna jest tu zmiana strukturalna w całym jej systemie i adaptacja do funkcjonowania z dzieckiem niepełnosprawnym. Adaptacja bowiem zakłada poważniejsze i głębsze zmiany, członkowie rodziny współdziałając ze sobą,

[29] K. Kosińska-Dec, J. Jelonkiewicz, *Sposoby radzenia sobie*..., op.cit.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 4491033A63303331

muszą restrukturyzować rodzinę, modyfikując role, zasoby, cele czy wzory interakcji. Jest to niezbędne by móc poradzić sobie z sytuacją kryzysową.

Znaczenie środowiska rodzinnego w rozwoju emocjonalnym i społecznym dzieci jest niezaprzeczalne. Im dziecko jest młodsze, tym większy jest wpływ rodziców na jego rozwój. Analogicznie można stwierdzić, że im dziecko jest bardziej poszkodowane na zdrowiu, tym więcej czasu, uwagi i akceptacji wymaga ze strony swoich najbliższych. Rodzice ci powinni zatem cechować się wyższą empatyczną wrażliwością w prawidłowym odczytywaniu reakcji i potrzeb dzieci niż rodzice dzieci pełnosprawnych.

Prawidłowy rozwój psychiczny dziecka kształtuje się dzięki oddziaływaniu wielu osób, jednak bezsprzecznie najważniejsze w tym względzie jest środowisko rodzinne. Pozytywne stosunki interpersonalne w rodzinie, właściwe postawy rodzicielskie, serdeczna atmosfera wychowawcza szczególnie niezbędne są w rodzinie z dzieckiem upośledzonym.

Rodzina dla dziecka niepełnosprawnego jest azylem, gdzie może skryć się ze swoim defektem. Rola rodziny jest zatem tym większa, im cięższa jest jego niepełnosprawność. Należy zdawać sobie sprawę z problemów, które ma do pokonania taka rodzina – od tych najprostszych, związanych z trudnościami ekonomicznymi, problemami natury psychologicznej dotyczącej akceptacji chorego dziecka, aż po trudności z obszarów pedagogicznych, związanych z opieką, wychowaniem i socjalizacją dziecka niepełnosprawnego.

Funkcje, jakie pełni rodzina są poszerzone o te zadania, które w przypadku dzieci zdrowych pełnią ich rówieśnicy. Rodzina dla dzieci niepełnosprawnych sprawuje także rolę asekuracyjną, gdyż właśnie ona jest źródłem pomocy, staje się przeciwwagą w przypadku niepowodzeń w różnych sferach życia społecznego.

Funkcje wychowawcze i emocjonalne rodziny z dzieckiem niepełnosprawnym

Rodzina jest dla każdego dziecka ważnym środowiskiem wychowawczym, w którym ważne miejsce zajmują więzi emocjonalne między członkami wspólnoty rodzinnej. Stąd też należy wyrazić pogląd, że rodzina wypełnia wobec swoich dzieci, również i niepełnosprawnych, pewne funkcje rodzicielskie. Z. Tyszka[30] określił pojęcie funkcji rodziny jako przyjmowanie przez nią różnych zadań, wypełnianie ich w toku określonych działań, w celu uzyskiwania pewnych efektów opiekuńczo-wychowawczych, socjalizacyjnych, rozwojowych.

---

[30] Z. Tyszka, *Rodzina we współczesnym świecie*, Poznań 2002.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 4491033A63303331

Przez funkcje wychowawcze rodziny będziemy rozumieć pewien zespół działań kształtujących osobowość dziecka i wywołujących bądź zmieniających jego zachowanie. Zasadniczym celem oddziaływań wychowawczych w rodzinie jest przystosowanie dziecka do współżycia w grupie i w społeczeństwie[31].

Większość praktyków i teoretyków zajmujących się współcześnie wychowaniem, poddaje pod dyskusję przede wszystkim dwa aspekty wychowania: po pierwsze – pojmowanie wychowania jako działalności celowej oraz po drugie – poglądy dotyczące wyboru naczelnego celu wychowania. Krytykując intencjonalność w wychowaniu, twierdzi się często, że samo formułowanie celów wychowania godzi w wolność jednostki ludzkiej, uprzedmiotawia ją i jest dowodem instrumentalnego jej traktowania. Podobnie jak intencjonalność, także traktowanie przystosowania jako głównego celu wychowania jest mocno krytykowane. Krytykę tę wspierają dwa argumenty: pierwszym jest ahumanistyczność takiego podejścia, drugim – fakt szybko następujących zmian społecznych, kulturowych i związana z tym trudność określenia sytuacji, do której należałoby przystosować jednostkę[32].

Proces wychowania w rodzinie, jak stwierdza R. Wroczyński[33], bywa często żywiołowy, spontaniczny, rzadziej natomiast staje się w pełni świadomą i planowaną działalnością, ukierunkowaną na realizację określonych celów. Wychowanie w rodzinie jest wychowaniem naturalnym, w odróżnieniu od wychowania intencjonalnego, realizowanego w powołanych do tego celu odpowiednich placówkach.

Zdaniem H. Cudaka „środowisko rodzinne spełnia ważne funkcje wychowawcze, z którymi wiążą się następujące zadania:

1. Poznawcze – dotyczące poznawania pojęć, treści, zachowań otaczającej rzeczywistości zarówno społecznej, jak i przyrodniczej, technicznej itp.
2. Emocjonalne – zaspokajanie potrzeb bezpieczeństwa, miłości, więzi, uznania, kontaktu społecznego.
3. Opiekuńczo-usługowe – zapewnianie wszystkim członkom rodziny codziennych usług, opieki fizycznej, zaspokajanie potrzeb biologicznych i materialnych.
4. Uspołeczniające – wprowadzanie członków rodziny (poczynając od chwili urodzenia) w życie społeczne, przekazywanie im wartości kulturalnych.

---

31 E. Muszyńska, *Ogólne problemy wychowania w rodzinie dzieci niepełnosprawnych*, [w:] Obuchowska I. (red.), *Dziecko niepełnosprawne w rodzinie*, Warszawa 1995.

32 Tamże.

33 R. Wroczyński, *Pedagogika społeczna*, Warszawa 1974.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 4491033A63303331

5. Przygotowujące do kreatywnego życia, przyszłego zawodu – kształtowania aktywnego stosunku do pracy, zainteresowań zawodowych, dokonywanie preorientacji zawodowej i szkolnej.
6. Stymulujące rozwój zainteresowań, zamiłowań i zdolności dzieci.
7. Organizowania sytuacji wychowawczych dla dziecka w rodzinie i poza rodziną"[34].

Wszystkie wyliczone grupy zadań rodzicielskich realizowanych w funkcjach wychowawczych wyodrębnione są tylko teoretycznie, ponieważ w rzeczywistym życiu są one nierozerwalne, uzupełniają się i nakładają na siebie, tworząc szeroką sferę działań rodziny skierowanych na dziecko.

Rodzina przez wiele lat pozostaje podstawową grupą odniesienia, która oddziałuje na dziecko najsilniej, wypełnia swą treścią proces rozwoju psychofizycznego, wyznacza poziom i kierunki jego aktywności. Proces wychowania w rodzinie przebiega w sposób naturalny, a zarazem stały i ciągły, we względnie stabilnym, choć dynamicznym środowisku. Poziom wychowania dzieci (oprócz czynników genetycznych) zależy głównie od złożonego oddziaływania środowiska domowego, od jakości i ilości zawartych w nim bodźców rozwojowych. Dziecko jest nie tylko podmiotem oddziaływań ze strony rodziny, ale samo również oddziałuje na jej członków. Jego osobowość oraz całe postępowanie pozostają w bezpośrednim związku z tym, jak zachowują się inni domownicy nie tylko względem niego, lecz również w stosunku do siebie.

Funkcje wychowawcze w rodzinie mają z jednej strony oddziaływania spontaniczne, niezamierzone wychowawczo, z drugiej natomiast stanowią świadome działania wychowawcze, celowe i refleksyjne[35]. Oddziaływania niezamierzone w wychowaniu rodzinnym mogą mieć pozytywne lub negatywne skutki. Przebiegają te oddziaływania wychowawcze przez zwykły, codzienny tok zdarzeń i interakcji między członkami rodziny, głównie między rodzicami i dzieckiem czy też dziećmi.

Zamierzone oddziaływania wychowawcze realizowane przez rodziców są to świadomie podejmowane czynności, skierowane w sposób celowy i świadomy na dziecko, by osiągnąć pewne określone zadania w sferze wychowania, socjalizacji, opieki czy rehabilitacji dziecka niepełnosprawnego.

Częstość i poziom oddziaływań zamierzonych i uświadomionych przez rodziców wynika z ich kultury pedagogicznej, a także postaw rodzicielskich względem własnych dzieci.

---

[34] H. Cudak, *Szkice z badań nad rodziną*, Kielce 1995, s. 19.

[35] S. Kawula, J. Brągiel, A.W. Janke, *Pedagogika rodziny. Obszary i panorama problematyki*, Toruń 2003.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 4491033A63303331

Wiązane z dzieckiem różnego rodzaju oczekiwania, nadzieje zaczynają się kształtować u rodziców dość wcześnie, niekiedy jeszcze przed jego urodzeniem. To, w jakim stopniu dziecko jest źródłem radości i w jakim stopniu spełnia oczekiwania, zależy, zdaniem F. Wojciechowskiego[36], od wielu czynników, w tym złożonego procesu jego rozwoju i wychowania, a także od wrodzonych predyspozycji, takich jak konstytucja dziecka rozumiana jako całość stałych cech fizycznych i psychicznych uwarunkowanych dziedzicznie.

Pożądany obraz dziecka kształtuje się pod wpływem społecznych wzorów, właściwych dla danej epoki i danego kręgu kulturowego. Równie istotny jest tu zasób własnych doświadczeń życiowych rodziców, które wyrażają się w pragnieniu ochrony dzieci przed pewnymi trudnymi sytuacjami i przeżyciami.

Decydując się na dziecko, rodzice powinni zdać sobie sprawę z tego, że może ono być nie tylko źródłem ich radości, ale niekiedy troski, rozczarowania, niepokoju. W tych niesprzyjających okolicznościach trzeba być z dzieckiem razem, akceptować i kochać je takim, jakie jest. Obowiązek ten przekracza często możliwości rodziców, bez względu na czynniki, które zadecydowały o niepełnosprawności i rozwoju dziecka[37].

Największe znaczenie dla wszechstronnego i prawidłowego rozwoju każdego dziecka niepełnosprawnego ma niewątpliwie klimat wychowawczy rodziny, który wynika bezpośrednio z funkcji emocjonalnej rodziny.

Poczucie bezpieczeństwa, wiara we własne siły oraz poczucie własnej wartości, leżą u podstaw procesu opiekuńczo-wychowawczego każdego dziecka niepełnosprawnego, niezależnie od rodzaju i stopnia tej niepełnosprawności. Natomiast lęk, obawa, brak życzliwości są hamulcami w rozwoju dziecka upośledzonego. Brak zrozumienia dla jego specyficznych potrzeb psychicznych, opiekuńczych i rehabilitacyjnych utwierdza je bardzo często w przekonaniu, że się do niczego nie nadaje, że jest nikomu niepotrzebne. Biorąc te rozważania pod uwagę, można stwierdzić, że w wychowaniu dziecka niepełnosprawnego w rodzinie należy położyć duży nacisk, według H. Borzyszkowskiej[38], na spokojne, życzliwe i konsekwentne z nim postępowanie, dostosowane do jego ograniczonych możliwości.

Świadomość realizacji takiego wychowania dziecka niepełnosprawnego wpływają na odpowiedni dobór środków wychowawczych stosowanych przez

---

[36] F. Wojciechowski, *Dziecko umysłowo upośledzone: studium porównawcze*, Warszawa 1990.

[37] Tamże.

[38] H. Borzyszkowska, *Dziecko niepełnosprawne w rodzinie*, „Oświata i Wychowanie" 1988, nr 42.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 4491033A63303331

rodziców dla osiągnięcia określonych zachowań w rodzinie i poza rodziną, uznawania pewnych wartości prospołecznych. Należy zauważyć, że o wyborze metod wychowania decydują także następujące względy: poziom niepełnosprawności dziecka, atmosfera wychowawcza w rodzinie, a także stan opieki nad dzieckiem[39].

Przez metodę wychowania należy rozumieć obmyślany i celowo zorganizowany sposób działalności zarówno tego, kto proces wychowania organizuje, jak i wychowanka, który temu procesowi podlega. Praca wychowawcza nie powinna się ograniczać do posługiwania się jedną metodą. Należy dążyć do stosowania różnego wachlarza metod wychowania, wybieranych odpowiednio do przyjętego celu[40].

Stosując różne metody wychowania, rodzice muszą pamiętać, że są one celowymi, świadomymi, planowymi sposobami wychowania, którymi należy kształtować zarówno instrumentalne aspekty czynności, jak i odpowiednie poglądy, wartości, postawy dzieci, zgodne z zamierzonymi celami wychowania.

Celem wychowania dzieci niepełnosprawnych jest „podobnie jak wychowania jednostek o nie zaburzonym rozwoju, najpełniejszy rozwój osobowości upośledzonych"[41].

E. Muszyńska[42] stwierdza, że cele wychowania dzieci z odchyleniami od normy powinny zmierzać do:

1. zapewnienia tym osobom optymalnego rozwoju intelektualnego, opanowania przez nich możliwie najwyższej, dostępnej im, rzetelnej wiedzy ogólnej;
2. ukształtowania u nich opartego na tej wiedzy, zróżnicowanej według odchyleń rozwojowych, naukowego poglądu na świat;
3. wychowania moralnego;
4. przygotowania do wykonywania dostępnej im, użytecznej pracy zawodowej;
5. wychowania kulturalno-estetycznego, pozwalającego tym osobom na dostępny im udział w życiu kulturalnym społeczeństwa;
6. wychowania fizycznego gwarantującego zdrowie, sprawność i siły potrzebne do realizacji powyższych zadań.

---

39 H. Borzyszkowska, *Izolacja społeczna rodzin mających dziecko upośledzone w stopniu lekkim*, Gdańsk 1997.

40 M. Grochociński, *Kultura pedagogiczna rodziców*, [w:] Ziemska M. (red.), *Rodzina i dziecko*, Warszawa 1986.

41 O. Lipkowski, *Pedagogika specjalna*, Warszawa 1981, s. 38.

42 E. Muszyńska, *Ogólne problemy wychowania*..., op.cit.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 4491033A63303331

Wymienione wyżej cele określają kierunki oddziaływań wychowawczych. W zależności od wieku dziecka, rodzaju i poziomu jego niepełnosprawności rodzice muszą podjąć różne kierunki oddziaływań wychowawczych.

Funkcja wychowawcza związana jest z funkcją terapeutyczną i służy do optymalnego wspierania rozwoju dziecka, kształtowania tych cech, które pomogą mu w uzyskaniu samodzielności osobistej i społecznej, realizacji jego pragnień i zainteresowań. Celem tej funkcji jest usamodzielnienie zewnętrzne i społeczne dziecka niepełnosprawnego na miarę jego możliwości, rozwijanie zdolności do samorealizacji w różnych formach aktywności, które nie są przeciwwskazane w jego chorobie, a także kształtowanie u dziecka pozytywnych cech charakteru, zapewnienie dziecku możliwości kształcenia w kierunku najbardziej dla niego odpowiednim, mając na uwadze jego rodzaj i głębokość upośledzenia. W zakresie funkcji wychowawczej istotne jest również prowadzenie rehabilitacji usprawniającej, uczenie samokontroli zdrowotnej i samoobsługi.

Dla właściwego funkcjonowania rodziny duże znaczenie przypisuje się realizowanej funkcji emocjonalnej przez rodziców. Funkcja emocjonalna, jak słusznie pisze S. Kawula, przenika „całokształt sytuacji i stosunków zachodzących w rodzinie i przez to nadaje swoistej dynamiki wszystkim funkcjom spełnianym przez rodzinę, w tym również funkcjom wychowawczym”[43].

W obszarze funkcji emocjonalnej dużą rolę odgrywają więzi uczuciowe między członkami rodziny, miłość rodziców do dziecka i dzieci do rodziców, atmosfera życia rodzinnego, stosunek rodziców do dziecka, akceptacja dziecka, zaspokojenie potrzeby bezpieczeństwa i przynależności do wspólnoty rodzinnej.

Więzi uczuciowe w rodzinie decydują o atmosferze wychowawczej w domu rodzinnym. Stąd też emocjonalne związki między członkami rodziny kształtują pozytywną, obojętną bądź negatywną atmosferę życia w rodzinie. Dziecko niepełnosprawne będąc członkiem wspólnoty rodzinnej, w której panuje właściwa atmosfera, uczestniczy w rozmaitych pozytywnych przeżyciach emocjonalnych, w radościach i sukcesach członków wspólnoty rodzinnej. Słusznie zatem M. Tyszkowa[44] określa atmosferę życia rodzinnego jako układ wzajemnych stosunków, charakter więzi emocjonalnej, wzajemne traktowanie siebie przez członków rodziny, a w pierwszym rzędzie ustosunkowanie się rodziców do siebie nawzajem i do dzieci.

---

[43] S. Kawula, J. Wyrembek, *Funkcja opiekuńczo-wychowawcza rodziny wobec dzieci defektywnych*, „Problemy Rodziny” 1986, nr 3, s. 57.

[44] M. Tyszkowa, *Ekologiczne uwarunkowania rozwoju psychicznego jednostki: propozycja interpretacji poznawczej*, „Kwartalnik Polskiej Psychologii Rozwojowej” 1993, nr 2.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 4491033A63303331

Istotnym czynnikiem determinującym funkcjonowanie rodziny, jej organizację i oddziaływania wychowawcze są stosunki między rodzicami i między rodzicami a dziećmi. Są one istotnym składnikiem kształtującej się atmosfery życia domowego, w której przebiega proces społecznego uczenia się określonych norm, wzorów zachowań, wartości, tradycji[45].

Jeżeli chodzi o atmosferę domu rodzinnego w jakiej wychowują się dzieci niepełnosprawne, można wyodrębnić następującą klasyfikację:

– pozornie spokojna;
– zapewniająca dziecku poczucie bezpieczeństwa;
– napięta, pełna nieufności, stwarzająca dziecku poczucie zagrożenia;
– obojętna, o niskich związkach uczuciowych z dzieckiem;
– hałaśliwa, konfliktowa;
– nadmiaru emocji i problemów skierowanych na dziecko[46].

Zła atmosfera panująca w wielu rodzinach, jak stwierdza M. Szymański, „jest ewidentnym wyrazem trudności, z jakimi stykają się jej członkowie i braku umiejętności przystosowania się rodzin do nowych warunków społecznych i ekonomicznych"[47]. Także i rodziny funkcjonujące z dzieckiem niepełnosprawnym napotykają na trudności wychowawcze, rehabilitacyjne i opiekuńcze, które powodują niekorzystną atmosferę życia rodzinnego.

Funkcja emocjonalna w rodzinie wyraża się również w ścisłości więzów uczuciowych. Więzi te mają znaczący wpływ na zaspokojenie potrzeb psychofizycznych dziecka, a także rehabilitację zaburzonych funkcji psychicznych bądź fizycznych.

We współczesnych rodzinach wypełniających funkcje emocjonalne uwidacznia się zmniejszenie znaczenia więzi rzeczowych opartych na przesłankach ekonomicznych. Następuje natomiast wzrost znaczenia więzi podmiotowych opartych na związkach emocjonalnych, na miłości, przyjaźni, życzliwości. Zmiana ta spowodowana jest wzrostem demokratyzacji w stosunkach wewnątrzrodzinnych, zmianą w treści ról ojca, matki i dzieci[48].

Niezmiernie ważnym elementem funkcji emocjonalnej jest uczucie miłości w rodzinie, szczególnie z dzieckiem niepełnosprawnym. J. Wilk wyodrębnia różne formy, w jakich może przejawiać się miłość: „jako miłość do siebie

---

45 H. Cudak, *Funkcjonowanie dzieci z małżeństw rozwiedzionych*, Toruń 2003.

46 Por. I. Obuchowska, *Dynamika nerwic. Psychologiczne aspekty zaburzeń nerwicowych u dzieci i młodzieży*, Warszawa 1981.

47 M. Szymański, *Młodzież wobec wartości. Próba diagnozy*, Warszawa 1998, s. 43.

48 W. Jacher, *Przemiany więzi społecznej w rodzinie polskiej*, [w:] Cudak H. (red.), *Rodzina polska u progu XXI wieku*, Łowicz 1997.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 4491033A63303331

samego, do drugiego człowieka (bliźniego), do świata wokół, do Boga, jako miłość rodzicielską, wychowawczą, społeczną, a przede wszystkim jako miłość specyficzną między mężczyzną a kobietą"[49]. Miłość rodzicielska do dziecka niepełnosprawnego jest ważnym zadaniem i obowiązkiem rodziców. Ona nadaje kierunek w czynnościach opiekuńczych, wychowawczych, rehabilitacyjnych czy rewalidacyjnych, jednocześnie kształtuje stosunek do dziecka, rozwija więzi emocjonalne oraz przyczynia się do pełnej akceptacji dziecka z jego wadami, ułomnościami i niepełnosprawnością.

Każde dziecko ma potrzebę miłości, którą mogą mu dać przede wszystkim rodzice. Miłość rodzicielska jest bezwarunkowa, szczególnie miłość macierzyńska. Matka kocha dziecko, niezależnie jaki ma stopień i rodzaj niepełnosprawności. Miłość rodzicielska jako element funkcji emocjonalnej jest znaczącym czynnikiem powodującym rozwój, wychowanie i socjalizację dziecka.

Funkcja emocjonalna wyraża się także w stosunkach funkcjonujących między rodzicami a dziećmi. Stosunki te tworzą określone postawy rodzicielskie. Analizę treściową postaw rodzicielskich przedstawię w następnym podrozdziale.

Podsumowując treści niniejszego podrozdziału, należy wyrazić pogląd, że współcześnie dużym zmianom ulega funkcja wychowawcza, której istotą jest przygotowanie dziecka do pełnienia ról społecznych. Rodzina wychowująca dziecko niepełnosprawne z wyjątkową troską i wysiłkiem kształtuje u niego te umiejętności, które umożliwią mu samodzielne funkcjonowanie. Realizacja tej funkcji wymaga znacznego wysiłku, cierpliwości i dużych umiejętności pedagogicznych od rodziców. Realizowana jest ze znacznie większym nakładem pracy niż w rodzinach wychowujących sprawne dzieci. Często wyniki pracy rodziców z dziećmi niepełnosprawnymi nie przynoszą oczekiwanych efektów wychowawczych i rehabilitacyjnych.

W rodzinie wychowującej dziecko niepełnosprawne zakłóceniom podlegają zadania psychohigieniczne. Lęk, zagrożenie i ból przeżywane przez rodziców w chwili uzyskania wiadomości o niepełnosprawności dziecka powodują zachwianie poczucia bezpieczeństwa. Rodzina staje się często miejscem zagrożenia, konfliktu, poczucia niespełnienia i braku nadziei.

W procesie wychowania dziecka niepełnosprawnego zmianie ulegają również postawy rodziców wobec dziecka.

---

[49] J. Wilk, *Pedagogika rodziny*, Lublin 2002, s. 127.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 4491033A63303331

Postawy rodziców niepełnosprawnych dzieci i ich wpływ na dziecko

Prawidłowy rozwój psychiczny dziecka kształtuje się dzięki oddziaływaniu wielu osób, jednakże największe znaczenie ma środowisko rodzinne. Pozytywne stosunki interpersonalne w rodzinie, właściwe postawy rodzicielskie, dobra atmosfera wychowawcza niezbędne są w każdej rodzinie.

Często mówi się o powinnościach rodziców wobec dzieci niepełnosprawnych, rzadko zaś uwzględniamy ich własne problemy oraz możliwości ewentualnego ich wsparcia. Powszechne i bezsprzeczne jest znaczenie, jakie przywiązuje się współcześnie do prawidłowego ukształtowania się stosunku i zachowań rodziców wobec tych dzieci. Znany jest fakt, że pod tym względem rodzice dzieci niepełnosprawnych przeżywają różne trudności. W rodzinach z dzieckiem niepełnosprawnym częściej możemy obserwować zaburzenia kontaktu czy pracy wychowawczej. Częściej też są one obciążone głębokimi problemami psychologicznymi. Stąd też możemy obserwować różnego rodzaju konsekwencje w sferze kształtowania się postaw rodzicielskich. Rozwój ich jest nieograniczony w czasie. Stanowi ciągły proces, którego efekty są wypadkową oddziaływań dziecka, pozostałych członków rodziny, jak również szeroko rozumianego środowiska społecznego i kulturowego. Przebieg owego procesu w znacznej mierze wyznaczają ponadto psychologiczne problemy samych rodziców, ich odporność na stres, umiejętność adaptacji do nowych warunków życia, a także zdolność do radzenia sobie z własnymi przeżyciami emocjonalnymi. Szczególną rolę odgrywa niewątpliwie sam stosunek rodziców do niepełnosprawności dziecka[50]. Najważniejsze w ocenie sytuacji rodzinnej, szczególnie w obszarze wychowania, opieki i rehabilitacji są postawy rodzicielskie wobec swojego niepełnosprawnego dziecka.

Postawa rodzicielska jest nabytą strukturą poznawczo-uczuciowo-wolicjonalną, ukierunkowującą zachowanie się rodziców wobec dziecka. Ta tendencja do reagowania w określony sposób w stosunku do dziecka musi być w pewnym stopniu utrwalona, aby mogła zyskać miano postawy rodzicielskiej. Nie jest to więc krótkotrwałe nastawienie, czy przejściowy stan psychiczny, lecz stały

[50] K. Błeszyńska, *Wybrane problemy kształtowania się postaw rodzicielskich wobec dzieci z odchyleniami od normy*, „Problemy Rodziny" 1991, nr 1.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 4491033A63303331

w pewnym okresie czasu komponent emocjonalny, który dominuje w sposobie odnoszenia się do dziecka i w postępowaniu z nim[51].

W. Okoń postawę określa jako „jedno z podstawowych pojęć psychologii społecznej i socjologii używane w różnych znaczeniach. Jedni rozumieją postawę jako względnie trwałą dyspozycję przejawiającą się w zachowaniach, których cechą jest pozytywny lub negatywny stosunek emocjonalny do jakiegoś przedmiotu, osób, sytuacji, inni utożsamiają postawę z przekonaniem, traktując ją jako strukturę złożoną z elementów, które są rezultatem poznania danego przedmiotu, ze stosunku emocjonalnego do tego przedmiotu oraz motywacji do określonego zachowania względem niego"[52]. Postawa rodzicielska jest to określony składnik emocjonalny, uczuciowy, który wyznacza myślenie, zachowanie i działanie w stosunku do dziecka. Zatem przez to działanie, przez zachowanie się rodziców w stosunku do dziecka, przez to co mówią i jak mówią o dziecku, możemy poznać ich postawy rodzicielskie.

Zdaniem A. Płacheckiego[53] za najbardziej rozpowszechnioną w psychologii można przyjąć definicję postawy jako tendencji do zachowania się w specyficzny sposób wobec jakiejś osoby, sytuacji, problemu, na który jest skierowana. Można więc wstępnie określić, że postawa rodzicielska – macierzyńska lub ojcowska – jest tendencją do zachowania się w pewien specyficzny sposób w stosunku do dziecka. Tak więc w konsekwencji raz przyjęta postawa sprawia, że dziecko jest spostrzegane, oceniane i traktowane przez matkę lub ojca w taki sposób, jaki wyznacza postawa.

Każda postawa ma określony wpływ na sytuację życiową dziecka, na jego osobowość. Występowanie prawidłowych wychowawczo postaw rodziców, stosunków uczuciowych między nimi, warunkuje powstawanie pozytywnych więzi emocjonalnych dziecka z rodziną. Zaś zakłócenia występujące w obrębie wymienionych czynników mogą powodować zaburzenia w zachowaniu się dziecka, w kształtowaniu się jego osobowości, a także osłabiać poczucie związku dziecka z rodziną.

Nieakceptowanie przez rodziców dziecka niepełnosprawnego może wywołać znacznie większe niebezpieczeństwo wystąpienia zaburzeń w jego rozwoju

---

51 M. Ziemska, *Postawy rodzicielskie i ich wpływ na osobowość dziecka*, [w:] Ziemska M. (red.), *Rodzina i dziecko*, Warszawa 1986.

52 W. Okoń, *Nowy słownik pedagogiczny*, Warszawa 1998, s. 305.

53 A. Płachecki, *Postawy rodziców wobec jąkających się dzieci*, „Zagadnienia Wychowawcze a Zdrowie Psychiczne" 1982, nr 1–2.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 4491033A63303331

i zachowaniu, aniżeli u jego rówieśników pełnosprawnych, wiązać się to może z faktem silnego uzależnienia dziecka o obniżonej sprawności od rodziców[54].

Aby przeprowadzić analizę wpływu różnych postaw rodzicielskich na dziecko niepełnosprawne, należy zatrzymać się nad postawami rodzicielskimi w ogóle i nad konsekwencjami tych postaw dla upośledzonego dziecka.

Zdaniem H. Borzyszkowskiej[55] stosunek rodziców do dziecka może być:

– właściwy – mamy z nim do czynienia wtedy, gdy rodzice zdają sobie sprawę z niepełnosprawności dziecka i w związku z tym stawiają mu wymagania dostosowane do jego właściwości psychofizycznych, przyzwyczajają do pokonywania trudności, starają się go uaktywnić i w miarę możliwości usamodzielnić;
– łagodny – wtedy, gdy rodzice niepełnosprawność uważają za wielką krzywdę, którą im wyrządził los, chcąc tę krzywdę dziecku w jakiś sposób wynagrodzić, otaczają je zbyt troskliwą opieką i czułością, nie stawiają mu żadnych wymagań;
– surowy – wtedy, gdy rodzice nie chcą uznać, że dziecko jest niepełnosprawne, traktują je na równi z dzieckiem normalnym, stawiają mu wymagania ponad jego możliwości, udzielają kary za niewykonanie powierzonych zadań;
– obojętny – jest wtedy, gdy rodzice są przekonani o upośledzeniu dziecka i dlatego nie interesują się nim; ich zdaniem nie warto robić żadnych zabiegów wokół jego spraw, ponieważ wydaje im się, że tak czy inaczej nie osiągnie żadnych pozytywnych rezultatów.

Spośród typologii postaw rodzicielskich przydatna dla potrzeb pedagogicznych jest typologia opracowana przez M. Ziemską[56]. Analiza sytuacji rodzinnej dzieci niepełnosprawnych pozwala na zastosowanie tego modelu. M. Ziemska wyróżnia dwie grupy postaw:

1. typy nieprawidłowych postaw:
   – postawa odtrącająca
   – postawa unikająca
   – postawa zbyt wymagająca
   – postawa nadmiernie chroniąca;
2. typy postaw prawidłowych:
   – postawa akceptująca

---

[54] A. Giryński, *Postawy rodzicielskie a pełnienie ról rodzicielskich przez dzieci niepełnosprawne umysłowo*, „Chowanna" 1984, nr 1.

[55] H. Borzyszkowska, *Dziecko niepełnosprawne w rodzinie*, „Oświata i Wychowanie" 1988, nr 2.

[56] M. Ziemska, *Postawy rodzicielskie*..., op.cit.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 4491033A63303331

– postawa współdziałania
– postawa uznawania praw dziecka
– postawa rozumnej swobody.

Pierwszą z nieprawidłowych postaw jest postawa odtrącająca. Dziecko niepełnosprawne jest odczuwane jako ciężar i nierzadko oddawane do zakładu, który przejmuje rodzicielskie obowiązki i uwalnia ich od „ograniczającej niewygody". Rodzice nie lubią dziecka i nie życzą go sobie, żywią uczucia rozczarowania, zawodu i urazy wobec niego. Na postawę odtrącającą składają się takie postawy cząstkowe, jak: nieokazywanie uczuć pozytywnych, a nawet demonstrowanie negatywnych, dezaprobata, otwarta krytyka, podejście dyktatorskie, surowe kary, czy brutalne postępowanie z dzieckiem.

Przy nadmiernym dystansie uczuciowym rodziców wobec dziecka i ich bierności występuje kolejny typ nieprawidłowej postawy – unikająca. Charakteryzuje ją stosunek rodziców ubogi w uczucia do dziecka niepełnosprawnego lub wręcz całkowita ich obojętność. Przebywanie z dzieckiem nie stanowi dla nich przyjemności, czasem bywa odczuwane jako trudne, wówczas rodzice są bezradni i nie wiedzą co z dzieckiem robić. Kontakt z dzieckiem jest luźny, albo pozornie dobry, rodzice obdarzają dziecko prezentami, pozostawiają nadmierną swobodę. Postawę tę charakteryzuje również zaniedbywanie potrzeb uczuciowych, potrzeb w zakresie opieki nad nim, niedbałość i niekonsekwencja w stawianiu wymagań i przestrzeganiu ich wykonania, lekkomyślność czy wręcz obojętność na niebezpieczeństwa, jakie mogą dziecku zagrażać. Krańcową formą postawy tego typu jest ucieczka od dziecka – porzucenie go.

Następnym rodzajem nieprawidłowej postawy wobec dziecka niepełnosprawnego jest postawa nadmiernie wymagająca, zmuszająca, korygująca. Przy tej postawie rodzice zwykle naginają dziecko do wytworzonego przez nich wzoru, bez liczenia się z jego indywidualnymi cechami. Rodzice z góry zakładają dostosowanie się dziecka do stawianych wymagań i wysokich osiągnięć. Na tę postawę składa się szereg postaw cząstkowych, jak np.: narzucanie autorytetu, rządzenie dzieckiem, nieprzyznawanie mu prawa do samodzielności, ograniczenie swobody dziecka.

Postawa nadmiernie chroniąca dziecko niepełnosprawne należy także do nieprawidłowych postaw rodzicielskich. Podejście do dziecka jest bezkrytyczne, a dziecko uważane jest jako wzór doskonałości. Ten typ postawy złożonej zawiera takie postawy cząstkowe, jak przesadnie opiekuńcze i nadmiernie pobłażliwe traktowanie dziecka, niedocenianie jego możliwości, rozwiązywanie za nie trudności, utrudnianie samodzielności, izolowanie społeczne dziecka od rówieśników.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 4491033A63303331

Z wychowawczego punktu widzenia postawą pożądaną jest m.in. postawa akceptująca. Charakteryzuje się ona akceptacją dziecka niepełnosprawnego takim, jakie on jest, z jego cechami wyglądu fizycznego, usposobienia, umysłowymi możliwościami. Akceptujący rodzice rzeczywiście lubią swoje dziecko i nie ukrywają przed nim tego uczucia. Kontakt z nim jest dla nich przyjemnością i daje im zadowolenie. Starają się poznać jego potrzeby i zaspokoić je. Pozwalają mu na uczuciową niezależność. Akceptując dziecko, dają mu poczucie bezpieczeństwa i zadowolenia z własnego istnienia.

Postawa współdziałająca jest kolejną prawidłową postawą. Współdziałających rodziców cechuje aktywność w nawiązywaniu kontaktów z dzieckiem niepełnosprawnym. W miarę dorastania dziecka wzrasta u takich rodziców także gotowość wyjaśniania, a więc rozszerzania zasobu wiadomości dziecka, a później wskazywania na sposoby zdobywania wiedzy samodzielnie. Rodzice ci znajdują przyjemność nie tylko we wspólnym wykonywaniu czynności, ale i we wzajemnej wymianie uwag, obserwacji.

Uznanie praw dziecka również jest pozytywną postawą. Rodzice uznają prawa niepełnosprawnego dziecka jako równe w rodzinie, bez przeceniania i niedoceniania jego roli. Pozwalają, aby działało ono niejednokrotnie na własną odpowiedzialność, a nawet oczekują takiego zachowania. Przejawiają w ten sposób szacunek dla jego indywidualności. Kierują dzieckiem przez delikatne podsuwanie mu sugestii. Stosują bardziej intelektualne sposoby oddziaływania (wyjaśnienia i tłumaczenia), nie zaś narzucanie czy wymuszanie. Dziecko wie, czego oczekują od niego rodzice i że te oczekiwania są na miarę jego możliwości.

Dawanie dziecku rozumnej swobody, właściwej dla jego wieku i niepełnosprawności, jest niewątpliwie bardzo pożądaną postawą rodzicielską. Dziecko w miarę wchodzenia w nowe fazy rozwoju coraz bardziej oddala się fizycznie od rodziców, ale przy tym rozbudowuje się jego świadoma więź psychiczna z rodzicami. W miarę dorastania rodzice dają dziecku coraz szerszy zakres swobody i pozwalają na pracę lub zabawę z dala od nich. Mimo że dają dziecku swobodę, potrafią utrzymać autorytet. Rodzice przyznają dziecku swobodę, rozumnie troszcząc się o jego zdrowie i bezpieczeństwo, dążą do unikania fizycznych zagrożeń, emocjonalnych urazów, są obiektywni w ocenie ryzyka czy niebezpieczeństwa, a jednocześnie ich niepokój nie przekracza ram dbałości o dobry stan ogólny dziecka.

Ta krótka charakterystyka pozwala stwierdzić, że określone postawy mają istotny wpływ na rozwój dziecka niepełnosprawnego. Niestety, najczęściej spotykamy się z postawami nieprawidłowymi. Wielu rodziców prezentuje postawę

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 4491033A63303331

nadmiernie chroniącą swoje dziecko upośledzone. Charakterystyczna jest ich nadopiekuńczość, zwalnianie dziecka z wszelkich obowiązków i wymagań. Rodzice nie mogą pogodzić się z kalectwem dziecka i nie wierzą w jego możliwości. Swoją postawą usiłują zagłuszyć ból oraz irracjonalne poczucie winy. Większości rodziców trudno jest pogodzić się z faktem niepełnosprawności dziecka. Mimo prezentowania postaw akceptowania i zrozumienia sytuacji, faktycznie nie potrafią poradzić sobie z negatywnymi uczuciami zawodu i rozczarowania.

Akceptująca postawa rodziców jest również wzorcem postępowania dla rodzeństwa w stosunku do niepełnosprawnego brata czy siostry, jednakże jest ona uzależniona od jednakowych zachowań i nastawień rodziców w stosunku do wszystkich swoich dzieci. Dzięki tej postawie rodziców, dziecko może łatwiej zintegrować się z rodziną, zaakceptować swój stan, a także ukształtować poczucie własnej wartości.

Niestety, oprócz postaw pozytywnych, dzieci niepełnosprawne doświadczają również odrzucenia, tendencji do nieprzyjmowania do wiadomości przez rodziców skutków kalectwa, czy też nadmiernej opiekuńczości.

Według badań A. Gasiulowej[57] najczęściej spotykane postawy rodziców wobec dziecka niepełnosprawnego to:
- poczucie winy za kalectwo dziecka;
- nadmierna opiekuńczość doprowadzona do uzależnienia dziecka i pozbawienia samodzielności;
- pozorna akceptacja dziecka jako wynik niezrozumienia jego sytuacji;
- zachowania, które ukrywają niedomagania dziecka, aby nie utrudniać mu życia;
- rezygnacja z usprawniania dziecka (postawa najbardziej szkodliwa).

Postawy rodziców wobec dziecka w ogromnym stopniu decydują o stylu wychowania, o doborze środków wychowawczych. Te same środki wychowawcze będą dawały inne rezultaty zależnie od emocjonalnych postaw rodziców, którzy będą je stosowali.

Na podłożu określonego stosunku emocjonalnego do dziecka niepełnosprawnego można mówić o wartości i efektywności konkretnej metody wychowawczej. Jeśli stosunek wiążący rodziców z dziećmi jest prawidłowy i zdrowy, jeśli dziecko jest przez rodziców akceptowane, to nawet prymitywne, a niekiedy niewłaściwe środki w rodzaju krzyku czy sporadycznych kar fizycznych nie

---

[57] A. Gasiulowa, *Wrażliwość empatyczna dzieci z dysfunkcją narządu ruchu a ich środowisko rodzinne*, Bydgoszcz 1993.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 4491033A63303331

przyniosą ujemnych efektów i mogą w pewnym zakresie być pozytywne. I przeciwnie, nawet najbardziej subtelne i skomplikowane metody zawiodą wówczas, gdy stosunki między rodzicami a dziećmi są wrogie bądź obojętne[58].

Postawa rodzicielska zdaniem A. Płacheckiego[59] nie jest więc tylko wyrazem opinii o dziecku, ale zawiera też ładunek uczuciowy, który warunkuje działanie w stosunku do dziecka. Oczywiście należy pamiętać, że stosunek rodziców do dziecka jest spostrzegany przez dziecko, i dla wychowania ważne jest, jaki wytworzyło ono sobie obraz rodziców i jaki widzi ich stosunek do siebie.

Chronienie przed wysiłkiem, stawianie zbyt niskich wymagań wynika często z postawy rodzicielskiej nadmiernie ochraniającej. Jednakże mały zakres obowiązków, brak konsekwencji i kontroli rodzicielskiej nad ich wypełnianiem oraz uwalnianie od prac na rzecz rodziny może powodować u dzieci niepełnosprawnych niedorozwój lub nawet zanik woli. Postępowanie takie może prowadzić również do narastania trudności w podejmowaniu decyzji, do pogłębiania poczucia bezsilności, nieszczęścia oraz zmniejszania odpowiedzialności za siebie i innych. To wszystko może sprzyjać obniżeniu wrażliwości empatycznej dziecka niepełnosprawnego. Sprzyjają temu także niejednolite metody wychowawcze stosowane przez matkę i ojca w stosunku do niepełnosprawnego dziecka i do pozostałych dzieci będących członkami rodziny. Stawianie dziecku niekonsekwentnych wymagań, niesprawiedliwość w egzekwowaniu żądań kierowanych do wszystkich dzieci, a zwłaszcza niezgodność metod wychowawczych obojga rodziców sprzyjają wyraźnie rozwojowi egocentrycznych nastawień dziecka wobec świata i ludzi.

Nadmierne akceptowanie dziecka niepełnosprawnego, przejawiające się w formie faworyzowania, poświęcania mu więcej czasu i zbytniej wyrozumiałości, łagodniejszym egzekwowaniu sposobu wykonywania zadań, może doprowadzić do zaburzenia prawidłowej więzi w rodzinie. Najlepsze efekty w rozwoju aktywności prospołecznej u niepełnosprawnego dziecka uzyskuje się wówczas, gdy stawiane przez obojga rodziców wymagania są spójne, stosowne do jego możliwości, konsekwentnie rozliczane oraz realizacja ich jest nagradzana. W nagradzaniu dzieci kalekich, jak słusznie uważa A. Gasiulowa[60], ważna jest jednak przewaga wzmocnień pozytywnych, głównie o emocjonalnym charakterze oraz sprawiedliwość rodzicielska wobec wszystkich posiadanych dzieci.

---

58 Z. Zaborowski, *O rodzinie. Rodzina jako grupa społeczno-wychowawcza*, Warszawa 1969.

59 A. Płachecki, *Postawy rodziców*..., op.cit.

60 A. Gasiulowa, *Wrażliwość empatyczna dzieci*..., op.cit.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 4491033A63303331

Powyższa charakterystyka pozwala stwierdzić, że pewne postawy rodzicielskie mogą mieć wpływ na rozwój dziecka, inne zaś negatywne postawy mogą ten rozwój zaburzać, hamować. Postawy rodziców wobec dziecka stanowią jeden z elementów całokształtu stosunków międzyosobowych, charakterystycznych dla każdej rodziny. Nie można ich traktować w oderwaniu od szerszego tła rodziny i wzajemnych stosunków między jej członkami. Znajomość problematyki postaw rodzicielskich jest przydatna w analizie treści dotyczącej zaspokajania potrzeb psychofizycznych dzieci.

Specyfika potrzeb niepełnosprawnych dzieci

Jednym z istotnych zadań rodziny jest zaspokajanie potrzeb biologicznych i psychicznych jej członków – szczególnie dzieci niepełnosprawnych. W miarę rozwoju psychofizycznego dziecka powstają coraz to nowe potrzeby. Trudno określić ich liczbę i zakres, gdyż nie u wszystkich dzieci, nie u wszystkich ludzi są one jednakowe. Zależnie od warunków życia, wpływów środowiska, oddziaływania wychowawczego, a także stopnia i zakresu niepełnosprawności dziecka, potrzeby psychiczne i biologiczne mogą być uboższe lub bogatsze, mniej lub bardziej zróżnicowane. W związku z tym, że niektóre potrzeby są dla jednostki ludzkiej ważniejsze, górują nad innymi, tworzy się swoista hierarchia potrzeb.

Pojęcie potrzeb jest definiowane przez psychologów i pedagogów niejednolicie. Także różnorodne są klasyfikacje tych potrzeb biologicznych i psychicznych, istotnych dla rozwoju człowieka.

W. Okoń definiuje potrzebę jako „stan, w którym jednostka odczuwa chęć zaspokojenia jakiegoś braku, np. w zapewnieniu sobie warunków życia, utrzymania gatunku, osiągnięcia pozycji społecznej i innych. Potrzebom zwykle towarzyszy silna motywacja, niekiedy utożsamia się ją więc z motywem”[61].

Charakteryzując wielostronne potrzeby, J. Reykowski[62] przyporządkowuje tę właściwość żywym organizmom, ponieważ dla utrzymania się przy życiu, rozwoju i reprodukcji muszą być spełnione określone warunki. Wyodrębnia on w przypadku człowieka dwa rodzaje uwarunkowań i struktur będących źródłem potrzeb. Pierwsze – to struktura biologiczna wyznaczona przez dziedziczność. Drugie – to struktura psychiczna, która formuje się w układzie nerwowym

---

61 W. Okoń, *Nowy słownik pedagogiczny*, Warszawa 2001, s. 307.

62 J. Reykowski, *Osobowość jako centralny system regulacji i integracji czynności człowieka*, [w:] Tomaszewski T. (red.), *Psychologia*, Warszawa 1976.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 4491033A63303331

człowieka w toku jego życia i dla utrzymania tej właśnie struktury konieczna jest interakcja z psychologicznym środowiskiem organizmu.

Według K. Obuchowskiego można „potrzebę jakiegoś przedmiotu określić najogólniej jako cechę, właściwość człowieka, polegającą na tym, że osobnik bez przedmiotu nie może normalnie funkcjonować, to jest uzyskać optymalnej sprawności w zachowaniu siebie i gatunku oraz zapewnieniu własnego rozwoju”[63]. Odróżnia on potrzebę od pragnienia. Jego zdaniem „pragnienia to pożądane apetyty, które nieraz odpowiadają temu, co potrzebne jednostce naprawdę, a nieraz są dla niej szkodliwe. Potrzeby natomiast dotyczą tego, co jest człowiekowi niezbędne, aby istniał jako organizm, rozwijał się jako osoba i był wolny psychicznie”[64].

Podejmowano liczne próby klasyfikacji potrzeb. Zależności i powiązania zachodzące między poszczególnymi potrzebami utrudniają dokonania ścisłego podziału. Najogólniejszy podział obejmuje potrzeby biologiczne i psychiczne. Na potrzeby psychiczne składają się potrzeby poznawcze (orientacyjne), emocjonalne i społeczne.

„Liczba potrzeb człowieka jest nieograniczona, ponieważ nieograniczona jest liczba różnorodnych zależności, jakie mogą zachodzić zarówno między nim a otoczeniem, jak i wzajemnych zależności między procesami zachodzącymi w nim samym”[65]. T. Mądrzycki[66] dzieli potrzeby na podstawowe, czyli pierwotne i wyższe (wtórne), czyli pochodne. Potrzeby pierwotne są potrzebami organicznymi i od ich zaspokojenia zależy homeostaza, czyli wewnętrzna równowaga organizmu. Potrzeby wyższe zaspokajane są zawsze w warunkach społecznych i mają tendencję wzrastającą, zaspokojenie jednej potrzeby wyzwala drugą.

Inny podział potrzeb wymienia A.H. Maslow[67]. Wyróżnia on pięć grup potrzeb człowieka:

1. Potrzeby fizjologiczne – mają swoją lokalizację w ciele jednostki ludzkiej. Zalicza się tu potrzebę snu, pragnienia, przyjemnych doznań zmysłowych, seksualnych oraz aktywności.
2. Potrzeby bezpieczeństwa – stabilizacji, opieki, uwolnienia od lęku, strachu, chaosu, potrzeby struktury, porządku, ograniczeń, oparcia w opiekunie.

---

63 K. Obuchowski, *Psychologia dążeń ludzkich*, Warszawa 1983, s. 94.

64 Tamże, s. 13.

65 T. Tomaszewski, *Podstawowe formy organizacji i regulacji zachowania*, [w:] Tomaszewski T. (red.), *Psychologia*, Warszawa 1976, s. 492.

66 T. Mądrzycki, *Psychologiczne prawidłowości kształtowania się postaw*, Warszawa 1977.

67 A.H. Maslow, *Motivation and Personality*, New York 1954.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 4491033A63303331

3. Potrzeba przynależności i miłości – człowiek odczuwa dotkliwie nieobecność ukochanej osoby. Odczuwa głód stosunków uczuciowych z ludźmi, chce znaleźć swoje miejsce w grupie społecznej.
4. Potrzeba szacunku – człowiek ma potrzebę stałej i mocno ugruntowanej, wysokiej oceny samego siebie, szacunku dla własnej osoby oraz szacunku ze strony innych ludzi. Potrzeby te można podzielić na dwie grupy:
   – pierwsza grupa obejmuje pragnienie osiągnięć, siły, sprostania różnym zadaniom;
   – druga, to pragnienie reputacji, prestiżu oraz statusu, sławy, zaszczytów i wyróżnienia.
5. Potrzeba samourzeczywistnienia – to dążenie do zrealizowania swoich możliwości, pragnień, marzeń.

A.H. Maslow[68] był przekonany, że potrzeby wyższego stopnia mogą pojawić się tylko wtedy, gdy zaspokojone są potrzeby niższego rzędu. Wiele jednostek niepełnosprawnych czuje się nieszczęśliwymi, mimo zaspokojenia podstawowych potrzeb. Można przypuszczać, że osobowy rozwój i potrzeba pełnego wykorzystania własnego potencjału są ważnymi siłami motywującymi, a być może nawet bardziej znaczącymi niż należące do niższego stopnia siły fizjologiczne.

W *Nowym słowniku pedagogicznym* W. Okoń[69] dzieli potrzeby na:
– podstawowe, które wiążą się z biologicznymi funkcjami organizmu i z wytworzoną strukturą osobowości;
– pochodne, które wynikają z poszukiwania środków zaspokojenia potrzeb podstawowych.

Z punktu widzenia pedagogiki specjalnej oraz dzieci niepełnosprawnych H. Borzyszkowska[70] uważa, że do podstawowych potrzeb psychicznych zaliczyć można:
1. właściwy klimat psychiczny, w którym ma odbywać się wzrost i rozwój dziecka niepełnosprawnego;
2. prawidłowy układ kontaktów dziecka z innymi ludźmi z bliższego i dalszego otoczenia;
3. dostępny zakres właściwie dozowanej i ukierunkowanej aktywności;
4. uprzytomnienie sobie faktu własnego wzrostu;

---

68 Tamże.

69 W. Okoń, *Nowy słownik pedagogiczny*, Warszawa 2001.

70 H. Borzyszkowska, *Dziecko upośledzone w rodzinie*, [w:] Hulek A. (red.), *Pedagogika rewalidacyjna*, Warszawa 1988.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 4491033A63303331

5. istnienie akceptowanej wizji celowej, która wyznacza kierunek zarysowujących się dążeń;
6. zastosowanie wielostronnych działań zmierzających do indywidualizacji wychowania.

Konieczność zaspokojenia potrzeb potęguje się jeszcze bardziej, gdy chodzi o prawidłowy rozwój osobowości dziecka niepełnosprawnego. Poza tymi podstawowymi potrzebami psychicznymi istnieją potrzeby, które w odniesieniu do niepełnosprawnego dziecka muszą być dodatkowo uwzględnione. Są to m.in.:

– potrzeba świadomości, że rodzice są z niego zadowoleni;
– potrzeba przyjaźni i akceptacji otoczenia;
– potrzeba bezpieczeństwa;
– potrzeba zabawy;
– potrzeba opieki, kontroli i dyscypliny;
– potrzeba przynależności;
– potrzeba pogodzenia się z upośledzeniem;
– potrzeba rozmowy z dzieckiem o jego upośledzeniu.

W wychowaniu każdego niepełnosprawnego dziecka, niezależnie od rodzaju i stopnia upośledzenia, wyjątkowe znaczenie ma to, czy dane dziecko ma świadomość, że jest lubiane, kochane i akceptowane przez rodziców. Musi ono też odczuć, że rodzice są z niego zadowoleni, przede wszystkim z jego niewielkich osiągnięć. Ukształtowanie tego przeświadczenia przez niepełnosprawne dziecko jest bardzo trudne w jego świadomości.

Dziecko niepełnosprawne najczęściej wychowuje się razem ze zdrowym rodzeństwem. Ma więc możliwość konfrontowania swojej pozycji w rodzinie z pozycją rodzeństwa. W wyniku niekorzystnych spostrzeżeń dotyczących swojej osoby, dziecko może zacząć zastanawiać się, czy rodzice je kochają.

Rodzice muszą zapobiec powstawaniu tych i podobnych wątpliwości. Wymaga to od rodziców przestrzegania pewnych zasad i reguł w wychowaniu rodzinnym. Rodzice powinni zrozumieć, że wszystkie dzieci w ich rodzinie muszą być jednakowo traktowane, jednakowo kochane i zajmować jednakowo ważną pozycję.

Z. Sękowska[71] w rozważaniach o potrzebach dzieci niepełnosprawnych podkreśla wagę łącznego ujmowania potrzeb fizycznych i psychicznych, a jednocześnie uwzględnia odrębność i indywidualność każdego dziecka. Niestety, rodzice na ogół lekceważą potrzeby psychiczne dziecka na rzecz zaspokojenia

[71] Z. Sękowska, *Pedagogika specjalna (zarys)*, Warszawa 1985.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 4491033A63303331

potrzeb biologicznych, ponieważ te są bardziej dostrzegalne i oczywiste. Samo dziecko orientuje się w nich wyraźnie, sygnalizuje je, domaga się ich zaspokojenia, np. na głód reaguje płaczem, tak też reaguje na zimno czy na mokrą pieluszkę. Często jednak w przypadku zaspokojenia potrzeb fizycznych dziecka jego reakcje, świadczące o niezadowoleniu z powodu niezaspokojenia potrzeb psychicznych, są odbierane przez rodziców jako objaw nieodpowiedniego zachowania. Jest to szkodliwe i niebezpieczne dla rozwoju pełnej osobowości dziecka niepełnosprawnego.

Instytucje i organizacje społeczne wspierające rodzinę z dzieckiem niepełnosprawnym

Działalność organizacji społecznych na rzecz osób niepełnosprawnych ma w Polsce wieloletnią tradycję i przejawia się w różnorodnych formach. Zajmują się one rehabilitacją osób niepełnosprawnych, zatrudniają je, zapewniają im pomoc materialną oraz prowadzą działalność kulturalną, oświatową, sportową. W niniejszym podrozdziale scharakteryzuję wybrane organizacje i zwrócę uwagę na niektóre z prowadzonych przez nie działań, a także różne formy pomocy ze strony tych organizacji w stosunku do osób niepełnosprawnych oraz ich rodziców wychowujących dzieci niepełnosprawne.

Organizacje społeczne podejmują różnego typu działania na rzecz osób niepełnosprawnych oraz reprezentują interesy dzieci i ich rodzin wobec różnych instytucji i władz. Sprawą bardzo ważną jest nawiązanie przez rodziców dzieci niepełnosprawnych współpracy z najbliższymi organizacjami społecznymi. Mogą to być koła lub kluby rodziców, funkcjonujące przy terenowych oddziałach Towarzystwa Przyjaciół Dzieci, Polskiego Związku Niewidomych, Polskiego Związku Głuchych, Towarzystwa Walki z Kalectwem, także poradnie psychologiczno-pedagogiczne[72].

Jedną z pierwszych organizacji społecznych założonych w Polsce jest Polski Związek Głuchych. Jego początki sięgają 1834 roku. W 1883 r. powołano w Warszawie Towarzystwo Głuchoniemych „Opatrzność", później powstawały następne w innych miastach. W 1924 r. powołano Polski Związek Towarzystw Głuchoniemych (PZTG), który stał się organizacją jednoczącą poszczególne stowarzyszenia z terenu całej Polski. W 1946 r. w Łodzi założono Polski Zwią-

[72] Por. B. Szczupał, *Działalność organizacji społecznych na rzecz osób niepełnosprawnych (wybrane przykłady)*, [w:] E. Tomasik (red.), *Wybrane zagadnienia z pedagogiki specjalnej*, Warszawa 1997.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 4491033A63303331

zek Głuchoniemych i ich Przyjaciół. W 1955 r. w Warszawie dokonano zmiany tej nazwy na Polski Związek Głuchych i pod taką nazwą funkcjonuje do dnia dzisiejszego. Związek podejmuje różnorodną działalność. Współpracuje z resortami zdrowia i opieki społecznej, edukacji narodowej oraz spółdzielczością inwalidów, także prowadzi rehabilitację osób dotkniętych inwalidztwem słuchu. Związek posiada własne placówki kulturalno-oświatowe, kluby sportowe i koła turystyczno-krajoznawcze.

Dzięki staraniom PZG Telewizja Polska SA emituje filmy fabularne z udziałem tłumacza języka migowego. Ponadto nadawane są programy dotyczące problematyki ochrony słuchu, rehabilitacji i życia codziennego. Jednakże przedmiotem szczególnej troski PZG jest rehabilitacja dzieci i młodzieży.

W zakresie rehabilitacji dzieci i młodzieży z wadą słuchu związek prowadzi poradnie rehabilitacyjne, punkty logopedyczne, punkty konsultacyjno-reedukacyjne świadczące usługi dla niepełnosprawnych. Kadrę poradni i punktów logopedycznych stanowią: logopedzi, pedagodzy, lekarze audiolodzy. Podstawowym zadaniem poradni jest jak najwcześniejsze objęcie opieką dzieci niepełnosprawnych słuchowo i ich rodzin. Poradnie prowadzą systematyczną współpracę z rodzicami oraz zabiegają o jak najszybsze dostarczenie aparatów słuchowych wszystkim dzieciom, które ich potrzebują[73].

Inną organizacją działającą na rzecz osób niepełnosprawnych jest Polski Związek Niewidomych (PZN), który istnieje od 1951 roku. Związek ten udziela osobom niewidomym pomocy materialnej. Zaopatruje je w przedmioty ułatwiające życie codzienne, np.: brajlowskie zegarki, budziki i termometry, maszyny do pisania alfabetem Braille'a, magnetofony, tabliczki do pisania. Dzieci i młodzież niepełnosprawna otrzymują specjalne pomoce szkolne: podręczniki, tablice brajlowskie, mapy i globusy plastyczne, czy pomoce do rysunków. Ponadto dzieci te są kierowane na obozy, kolonie, do sanatorium. PZN organizuje liczne kursy dla niewidomych, np.: orientacji przestrzennej i samodzielnego poruszania się, posługiwania się białą laską, prowadzenia gospodarstwa domowego. Związek prowadzi także szeroką działalność edytorską, drukuje brajlowskie książki i czasopisma oraz nagrywa teksty książek na taśmach magnetofonowych.

Przedmiotem szczególnej troski związku są dzieci niewidome. PZN prowadzi akcję wyszukiwania tych dzieci, które nie realizują obowiązku szkolnego. W ostatnich latach podjęto starania mające na celu niesienie pomocy dzieciom niewidomym w pierwszych latach ich życia. Dzięki inicjatywie ZG PZN

---

[73] Tamże.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 4491033A63303331

w Centrum Zdrowia Dziecka została utworzona Poradnia Wczesnej Rehabilitacji dla Dzieci Niewidomych i Słabowidzących. Poradnia ta obejmuje opieką dzieci w wieku od 0 do 3 lat. PZN organizuje również kursy szkoleniowo-rehabilitacyjne dla rodziców z niewidomymi dziećmi w wieku przedszkolnym. Celem tych szkoleń jest m.in. zaznajomienie rodziców z metodami usprawniania niewidomego dziecka, umożliwienie im wzajemnej wymiany doświadczeń oraz pomoc w przezwyciężaniu problemów emocjonalnych[74].

Działalność na rzecz osób niepełnosprawnych prowadzi również Polskie Towarzystwo Walki z Kalectwem. Towarzystwo powstało 9 marca 1969 roku. Jest organizacją społeczno-naukową, która zrzesza osoby pragnące pracą społeczną przyczynić się do zapobiegania niepełnosprawności i do rehabilitacji osób nią dotkniętych. Działalność towarzystwa koncentruje się nie tylko na osobach niepełnosprawnych fizycznie – obejmuje również osoby dotknięte innymi typami niepełnosprawności[75].

Celem Towarzystwa Walki z Kalectwem jest organizowanie różnych form pomocy dla osób niepełnosprawnych i ich rodzin oraz współdziałanie w tym zakresie z zainteresowanymi resortami, instytucjami i organizacjami społecznymi. Towarzystwo zajmuje się skutecznym zwalczaniem i pomniejszaniem zaistniałych już niesprawności, przystosowaniem ludzi niepełnosprawnych do życia w otwartym społeczeństwie oraz adaptowaniem warunków życia do potrzeb i możliwości niepełnosprawnych.

Ważnym zadaniem TWK jest również propagowanie i popularyzowanie idei osiągnięć w zakresie rehabilitacji osób niepełnosprawnych oraz popieranie i inicjowanie międzydyscyplinarnej pracy naukowej w zakresie oświaty i wychowania, rehabilitacji leczniczej, zawodowej, środowiskowej. Towarzystwo wydaje liczne publikacje na temat rehabilitacji, a także organizuje sesje, sympozja i konferencje naukowe. TWK współpracuje z organizacjami międzynarodowymi i zagranicznymi w zakresie problematyki rehabilitacji osób niepełnosprawnych, np. współdziała z międzynarodową organizacją Rehabilitation International.

Jedną z organizacji o największym dorobku i zasięgu działania w Polsce jest Towarzystwo Przyjaciół Dzieci. Idea zorganizowania tego towarzystwa powstała w 1880 r. w Warszawie w środowisku lekarzy, pracowników socjalnych i pedagogów. W roku 1945 założono Chłopskie Towarzystwo Przyjaciół Dzieci. W 1949 r. obie te organizacje zjednoczyły się i przyjęły wspólną nazwę Towa-

---

[74] M. Kołodziejczyk, *Opieka psychopedagogiczna nad małym dzieckiem niewidomym i poradnictwo dla jego rodziców*, „Zagadnienia Wychowawcze a Zdrowie Psychiczne" 1982, nr 1–2.

[75] A. Hulek, *Postawy, stan obecny i przyszłość edukacji osób niepełnosprawnych*, [w:] Hulek A. (red.), *Edukacja osób niepełnosprawnych*, Warszawa 1993.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 4491033A63303331

rzystwo Przyjaciół Dzieci[76]. Działalność TPD na rzecz dzieci niepełnosprawnych skupiona jest w kołach i obejmuje cztery grupy dzieci niepełnosprawnych:
– z upośledzeniem umysłowym
– z kalectwem narządu ruchu
– z zespołami złego wchłaniania
– z cukrzycą.

Z inicjatywy Towarzystwa Przyjaciół Dzieci w 1963 r. powstały Koła Pomocy Dzieciom Specjalnej Troski. Powołano również Fundusz „Dać Szansę". Powstały również ośrodki rehabilitacyjno-wychowawcze. Prowadzone są przez TPD kolonie zdrowotne i turnusy rehabilitacyjne dla niepełnosprawnych. Powołano także Ogólnopolską Radę Olimpiad Specjalnych i włączono się do światowego ruchu sportowego dla upośledzonych umysłowo[77].

W roku 1960 powstała organizacja o zasięgu międzynarodowym, mająca na celu pomoc osobom upośledzonym umysłowo w znalezieniu miejsca w życiu, w szerokim znaczeniu tego słowa. Jest to Międzynarodowa Liga Stowarzyszeń na Rzecz Osób z Upośledzeniem Umysłowym z siedzibą w Brukseli. Polskim odpowiednikiem tej organizacji jest powołane w lipcu 1991 r. Polskie Stowarzyszenie na Rzecz Osób z Upośledzeniem Umysłowym z siedzibą w Warszawie. Realizując założone statutem cele, prace stowarzyszenia przebiegają w dwóch kierunkach:
– inicjowanie i tworzenie niezbędnych placówek (szkół życia, przedszkoli specjalnych, ośrodków dziennych);
– prowadzenie różnorodnych działań na rzecz upośledzonych w akcjach sezonowych, takich jak kolonie zdrowotne, zimowiska, turnusy rekreacyjno-rehabilitacyjne i opiekuńcze, zawody sportowe, festiwale piosenki.

Poza akcjami sezonowymi ważnym elementem pracy stowarzyszenia jest doradztwo prawne, życiowe, informowanie o przysługujących uprawnieniach i pogłębianie współpracy z rodzicami.

Stowarzyszenia, koła, fundacje mogą udzielać pomocy rodzicom wówczas, gdy jest ona im niezbędna, najczęściej po orzeczeniu u dziecka niepełnosprawności. Doskonalszą formą działalności jest współpraca z placówkami służby zdrowia, która pozwoliłaby na aktywne podejmowanie kontaktu z rodzicami bezpośrednio po rozpoznaniu niepełnosprawności u dziecka. Dla niektórych rodziców stowarzyszenia stanowią podstawowe źródło informacji, np. na temat

---

[76] A. Twardowski, *Pomoc rodzinom dzieci niepełnosprawnych*, [w:] Obuchowska I. (red.), *Dziecko niepełnosprawne w rodzinie*, Warszawa 1995.

[77] B. Szczupał, *Działalność organizacji społecznych*..., op.cit.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 4491033A63303331

instytucjonalnych form pomocy, posiadanych uprawnień, sposobów postępowania z dzieckiem niepełnosprawnym.

W Warszawie działa również Fundacja Pomocy Ludziom Niepełnosprawnym, zajmująca się niesieniem pomocy dzieciom i osobom dorosłym niepełnosprawnym z zespołem mózgowego porażenia oraz dotkniętych jego skutkami.

Celem Fundacji Pomocy Dzieciom Niewidomym jest udzielanie pomocy materialnej w leczeniu dzieci niewidzących oraz z dodatkowymi schorzeniami i systematycznej ich rehabilitacji, prowadzenie specjalistycznych wydawnictw i szkolenie specjalistów do spraw rehabilitacji.

Zadaniem Fundacji Aktywnej Rehabilitacji „FAR" jest aktywizacja społeczna i zawodowa osób niepełnosprawnych ze szczególnym uwzględnieniem osób z upośledzeniem narządu ruchu.

Kolejną ważną organizacją jest Stowarzyszenie Pomocy Osobom Autystycznym, mającą swą siedzibę w Gdańsku. Stowarzyszenie postanowiło wypełnić lukę w funkcjonującym dotychczas systemie oświatowym i zdrowotnym. Skupiło rodziny osób autystycznych, profesjonalistów i wszystkich chętnych do pomocy. Do zadań stowarzyszenia należy wspieranie dziennego ośrodka terapeutycznego dla dzieci autystycznych, organizowanie wykładów specjalistów z dziedziny autyzmu, szkolenie rodziców i terapeutów, nawiązywanie kontaktów z polskimi i europejskimi stowarzyszeniami i instytucjami naukowymi oraz zbieranie funduszy na budowę ośrodka terapeutycznego dla dzieci.

Pomoc udzielana rodzinie, która wychowuje dziecko niepełnosprawne, powinna być optymalna i wielostronna. A. Maciarz[78] wymienia cztery zakresy wspomagania rodziny z dzieckiem niepełnosprawnym:

– wspomaganie psychoemocjonalne
– wspomaganie socjalno-usługowe
– wspomaganie opiekuńczo-wychowawcze
– wspomaganie rehabilitacyjne.

Wszystkie wymienione zakresy działań wspomagających rodzinę są konieczne i niezastąpione, jednakże z badań nad rodziną dziecka niepełnosprawnego jednoznacznie wynika, że to co jest podstawą rewalidacji, a więc poczucie

[78] A. Maciarz, *Wspomaganie rodziny w wypełnianiu podstawowej roli w wychowaniu i rehabilitacji dzieci niepełnosprawnych*, [w:] *Podmiotowa rola rodziców w rehabilitacji dzieci niepełnosprawnych* (materiały z międzynarodowego polsko-holenderskiego sympozjum, 18–19 lutego 1992 r.), Zielona Góra 1993.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 4491033A63303331

bezpieczeństwa i wiara we własne siły, zależy głównie od atmosfery i klimatu psychicznego w rodzinie[79].

Niezbędne jest więc – oprócz wiedzy na temat upośledzenia dziecka – otoczenie rodziny różnymi formami opieki socjalnej, instruktażu pedagogicznego i rehabilitacyjnego czy pomocy psychoterapeutycznej.

Tworzenie stowarzyszeń i fundacji na rzecz pomocy rodzinie dziecka niepełnosprawnego w Polsce zbiega się z trendami światowymi, zmierzającymi w tym kierunku, aby działalność organizacji lokalnych wykorzystywać w większym stopniu, niż opiekę dużych instytucji państwowych.

Wydaje się, że w naszym kraju można zmienić trudną sytuację rodziny posiadającej dziecko niepełnosprawne, a przede wszystkim rodziny mieszkającej z dala od centrów wielkomiejskich, poprzez powoływanie opiekuna, wszechstronnie przygotowanego do niesienia pomocy rodzinie. Mógłby to być np. pedagog z przygotowaniem w zakresie pedagogiki specjalnej, do którego obowiązków należałaby pomoc rodzinie już od momentu uzyskania informacji o upośledzeniu dziecka, jak i pośredniczenie pomiędzy rodzicami a różnymi instytucjami, organizacjami i stowarzyszeniami działającymi na rzecz dzieci niepełnosprawnych oraz tak bardzo potrzebne wspieranie psychiczne i edukacyjne rodziców dzieci niepełnosprawnych.

---

[79] F. Wojciechowski, *Wyznaczniki odpowiedzialności rodzicielskiej w procesie rehabilitacji. Próba definiowania*, [w:] Cudak H., Marzec H. (red.), *Współczesna rodzina polska – jej stan i perspektywy*, Mysłowice 2005.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 4491033A63303331

ROZDZIAŁ II

Niepełnosprawność dzieci i młodzieży i jej charakterystyka

Pojęcie niepełnosprawności

Problem rewalidacji i rehabilitacji dzieci niepełnosprawnych coraz częściej podejmują zarówno środki masowego przekazu, jak i literatura specjalistyczna. Zagadnienia niepełnosprawności stanowią ważny obszar badawczy w naukach medycznych, socjologicznych, teologicznych, psychologicznych i pedagogicznych – szczególnie pedagogiki specjalnej.

Niepełnosprawność jednostki ludzkiej jest niejednolicie definiowana przez naukowców. Światowa Organizacja Zdrowia pojęcie niepełnosprawności definiuje jako każde ograniczenie lub brak (wynikający z uszkodzeń i ułomności) zdolności do wykonywania czynności w sposób lub zakresie uznawanym za normalny dla istoty ludzkiej. Można zatem powiedzieć, że jest to dysfunkcja na poziomie realizowanych zadań. Tym samym, jak stwierdza Z. Sękowska[80], daje się ona rozpatrywać w kontekście sprawności, norm i jej wyznaczników. Należy więc sądzić, że niepełnosprawność zgodnie z określeniem Światowej Organizacji Zdrowia obejmuje ważne ograniczenia natury funkcjonalnej w sfe-

[80] Z. Sękowska, *Wprowadzenie do pedagogiki specjalnej*, Warszawa 1998.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 4491033A63303331

rze prawidłowego wykonywania pewnych zadań życiowych. Wynika stąd obniżenie zdolności do realizacji określonych czynności. Zatem niepełnosprawność stanowi pewną dysfunkcję życiową, społeczną, fizyczną bądź psychiczną.

Określenie niepełnosprawności, które przedstawia szerszy zakres tego pojęcia, formułuje S. Kowalik[81]. Uważa on, że niepełnosprawność człowieka wywołana uszkodzeniem ciała lub przewlekłą chorobą – może powodować dysfunkcjonalność organizmu, niepełnosprawność psychologiczną i niepełnosprawność społeczną. Może ona także stanowić predyspozycję do stwarzania sytuacji problemowych, które z kolei oznaczają brak zgodności między możliwościami człowieka a stawianymi mu przez otoczenie wymaganiami. Pojęcie to sugeruje, że czas niepełnosprawności jednostki ludzkiej może być ograniczony (po wyleczeniu np. uszkodzenia ciała niepełnosprawność człowieka może ustąpić). Czas niepełnosprawności może także trwać przez całe życie. Wynika on z biologicznych uwarunkowań chorobowych.

Najbardziej czytelną, zwracającą uwagę na wielostronne desygnaty tego pojęcia jest definicja niepełnosprawności sformułowana przez W. Dykcika. Uważa on, że osobą niepełnosprawną „jest jednostka, której stan fizyczny lub/i psychiczny trwale lub okresowo utrudnia, ogranicza lub uniemożliwia wypełnianie zadań życiowych, ról społecznych zgodnie z normami prawnymi i społecznymi”[82].

Niepełnosprawność jednostki ludzkiej jest pojęciem szerszym od często używanego pojęcia upośledzenia, choć w niektórych pracach naukowych i publicystycznych jest ono stosowane zmiennie. Upośledzenie (niepełnosprawność społeczna), jak stwierdza J. Sowa i F. Wojciechowski, jest to: „niekorzystna sytuacja danej osoby wynikająca z uszkodzenia lub niepełnosprawności, która ogranicza lub uniemożliwia wypełnianie jej ról adekwatnie do wieku, płci oraz czynników społecznych czy kulturowych. Jest to zarazem dysfunkcja w pełnieniu oczekiwanych ról społecznych członka rodziny, ucznia, pracownika, kolegi itp.”[83]. Określenie to wyrażane jest w kontekście ograniczenia jednostki upośledzonej w większym bądź mniejszym zakresie i stopniu w sferze kontaktów społecznych między jednostką i jednostką, między jednostką i grupą społeczną. Wykonywanie zadań kulturowych i społecznych przez dziecko upośledzone

---

[81] S. Kowalik, *Psychospołeczne podstawy rehabilitacji osób niepełnosprawnych*, Warszawa 1996.

[82] W. Dykcik, *Wprowadzenie w przedmiot pedagogiki społecznej*, [w:] Dykcik W. (red.), *Pedagogika specjalna*, Poznań 2001, s. 15.

[83] J. Sowa, F. Wojciechowski, *Proces rehabilitacji w kontekście edukacyjnym*, Rzeszów 2001, s. 21.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 4491033A63303331

lub osobę dorosłą jest przyhamowane, zaburzone bądź ograniczone w pewnym okresie czasu lub też w czasie długotrwałym, albo od urodzenia przez całe jego życie.

Niepełnosprawność natomiast jest raczej pewną jednostką chorobową (medyczną), w której ograniczona jest sfera psychiczna, biologiczna i społeczno-kulturowa. Jednostka ludzka, która jest upośledzona wskutek uszkodzenia ciała czy też przewlekłej choroby (uwarunkowań biologicznych), należy zawsze do grupy ludzi niepełnosprawnych.

Klasyfikacja kategorii niepełnosprawności dzieci

Ograniczenia rozwojowe, psychiczne, społeczne i manipulacyjne jednostki ludzkiej, czyli osób odbiegających od normy w znacznym bądź mniejszym stopniu różnią się od siebie zarówno obszarem zaburzeń rozwojowych, jak i zakresem oraz stopniem. Niepełnosprawność jednostki ludzkiej może dotyczyć pojedynczych bądź złożonych i wielostronnych zaburzeń rozwojowych biologicznych (wrodzonych), chorobowych czy uszkodzeń ciała. W literaturze naukowej, pedagogice specjalnej, psychologii klinicznej spotykamy różne klasyfikacje kategorii niepełnosprawności dzieci.

Z. Sękowska[84] dzieli dzieci specjalnej troski na:

- mające trudności w poznawaniu świata i komunikowaniu się z nim wskutek braku lub uszkodzenia analizatorów zmysłowych;
- te, u których procesy poznawcze przebiegają w sposób nieprawidłowy, wskutek czego mają obraz poznawczy nieadekwatny z rzeczywistością, zdolność rozumowania ograniczoną, przystosowanie do życia społecznego oraz pracy utrudnione;
- mające z powodu uszkodzenia narządów ruchu lub przewlekłej choroby ograniczoną zdolność do działania, do ekspresji, do aktywnego udziału w życiu społecznym;
- wymagające w wyniku zaniedbań i błędów wychowawczych bądź nieprawidłowości funkcjonowania systemu nerwowego albo psychopatii czy charakteropatii wychowania resocjalizacyjnego.

Przedstawiona klasyfikacja odnosi się do pewnej grupy dzieci i ich niepełnosprawności dotyczącej ograniczeń percepcyjnych. Podział ten mimo nieskonkretyzowanych określeń różnych kategorii niepełnosprawności, obejmuje

---

[84] Z. Sękowska, *Pedagogika specjalna*…, op.cit.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 4491033A63303331

jednak wszystkie osoby z odchyleniami od prawidłowego rozwoju fizycznego i psychicznego.

Inną klasyfikację kategorii niepełnosprawności dzieci wyróżnia R. Kościelak[85]. Wymienia on w niej następujące grupy jednostek niepełnosprawnych:

1. upośledzeni umysłowo;
2. głusi (głusi od urodzenia, ogłuchli całkowicie, osoby z resztkami słuchu, niedosłyszący posługujący się mową, głusi upośledzeni umysłowo i z innymi upośledzeniami);
3. niewidomi (niewidomi od urodzenia, ociemniali całkowicie, osoby z resztkami wzroku, niedowidzący, niewidomi z upośledzeniem umysłowym i z innymi upośledzeniami);
4. niedostosowani społecznie;
5. przewlekle chorzy somatycznie, chorzy nerwowo, chorzy psychicznie;
6. osoby z uszkodzeniem narządu ruchu;
7. osoby z głębszymi zaburzeniami mowy.

Wymieniony podział kategorii niepełnosprawnych dzieci nie jest dogłębny, choć w większym stopniu niż klasyfikacja Z. Sękowskiej konkretyzuje określenia różnych rodzajów odchyleń od normy rozwojowej.

Międzynarodowa Unia Stowarzyszeń dla Opieki nad Dziećmi i Młodzieżą zaproponowała szerszą klasyfikację odchyleń od normy, nazywając ją jednak „uproszczony podział osób niepełnosprawnych":

1. zaburzenia z dominantą zaburzeń fizycznych:
   – sensoryczne
   – motoryczne
   – schorzenia chroniczne;
2. zaburzenia związane z deficytem intelektualnym:
   – lekkie
   – średnie
   – ciężkie;
3. Zaburzenia osobowości:
   – zaburzenia ciężkie (psychotyczne, nerwice i inne)
   – zaburzenia lekkie (zaburzenia zachowania) w zakresie postaw i sprawowania
   – sytuacje przestępcze;
4. wypadki o charakterze przeważnie socjalnym;

---

[85] R. Kościelak, *Funkcjonowanie psychospołeczne osób niepełnosprawnych umysłowo*, Warszawa 1996.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 4491033A63303331

5. zaburzenia sprzężone (wzajemnie się warunkujące);
6. zaburzenia nakładające się (dodatkowe).

Najbardziej szczegółowy podział różnych rodzajów niepełnosprawności dzieci przedstawiła Z. Sękowska[86] w swej książce *Pedagogika specjalna*. W klasyfikacji swej uwzględniła nie tylko rodzaje, ale i różne stopnie niepełnosprawności psychicznej, fizycznej i biologicznej. Klasyfikacja poszczególnych kategorii niepełnosprawności jest według Z. Sękowskiej następująca:

1. niewidomi i niedowidzący:
   – niewidomi od urodzenia lub przed 5 rokiem życia
   – ociemniali
   – niewidomi i ociemniali z dodatkowymi kalectwami
   – niewidomi i ociemniali z upośledzeniem umysłowym
   – szczątkowo widzący
   – słabo widzący;
2. głusi i niedosłyszący:
   – głusi od urodzenia
   – ogłuchli mówiący
   – głusi z upośledzeniem umysłowym
   – głusi z dodatkowymi kalectwami
   – głusi z resztkami słuchu
   – niedosłyszący;
3. głuchoniewidomi;
4. oligofrenicy:
   – w stopniu lekkim
   – w stopniu umiarkowanym
   – w stopniu znacznym
   – w stopniu głębokim;
5. przewlekle chorzy:
   – grupy ze względu na rodzaj schorzenia
   – grupy ze względu na formę leczenia (hospitalizacyjnego lub ambulatoryjnego);
6. osobnicy z uszkodzeniem narządu ruchu:
   – amputacje lub braki i deformacje wrodzone
   – dysfunkcje
   – porażenia;
7. Osobnicy z trudnościami w uczeniu się;

---

[86] Z. Sękowska, *Pedagogika specjalna*..., op.cit.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 4491033A63303331

8. społecznie niedostosowani:
   – brak zaburzeń wyższych czynności nerwowych, a widoczne zaniedbania i błędy wychowawcze oraz konflikty z normami społeczno-moralnymi
   – zaburzenia wyższych czynności nerwowych (tło psychopatyczne, charakteropatyczne, nerwice – prowadzące do konfliktu z prawem).

Różne są, jak wynika z przedstawionej analizy, klasyfikacje dzieci odchylonych od normy rozwoju fizycznego bądź psychicznego, a także różne są rodzaje i kryteria niepełnosprawności. Charakteryzuje je z jednej strony indywidualny, często subiektywny pogląd badaczy niepełnosprawności dzieci, z drugiej natomiast strony funkcjonowanie całego szeregu krzyżujących się kryteriów klasyfikacyjnych w sferze odchyleń od prawidłowości rozwojowych dzieci.

Kryteria klasyfikacyjne niepełnosprawności, jak dowodzi A. Wyszyńska[87], można ująć w następujące grupy:

1. kryteria etiologiczne, w których wyodrębnia się uszkodzenie wrodzone (zaburzenia, dewiacje, w tym dziedziczne) lub nabyte w ciągu życia;
2. kryterium czasu trwania sytuacji dewiacyjnej, a więc mające charakter prognostyczny: trwałe (jak brak wzroku czy słuchu) lub okresowe (jak np. schorzenie somatyczne, zaburzenie emocjonalne);
3. kryterium neuropsychologiczne uwzględniające patomechanizmy biopsychiczno-społeczne (w związku z tym problem stałej lub okresowej opieki nad tymi jednostkami);
4. kryterium biopsychiczne według zasięgu wpływu upośledzenia na osobowość i jej poszczególne funkcje;
5. kryterium pedagogiczne, dawniej używane było pojęcie wyuczalności i wychowalności lub ich braku – teraz zarzucone i zastąpione pojęciem etapowych kryteriów planowanych osiągnięć;
6. kryterium społeczne (potrzeby różnego stopnia i rodzaju opieki w życiu codziennym i pracy).

W zakresie tego ostatniego kryterium wyodrębnione są jednostki, które można doprowadzić do pełnej samoobsługi i zaradności życiowej oraz pełnej przydatności społecznej, następnie te, których samoobsługa i zaradność życiowa jest ograniczona oraz jednostki, które nie mogą obsłużyć się same, a pozbawione stałej opieki nie potrafią zaspokoić swych podstawowych potrzeb i ustrzec się od niebezpieczeństwa, które mogą powodować zagrożenie w stosunku do siebie i innych osób.

---

[87] A. Wyszyńska, *Psychologia defektologiczna*, Warszawa 1987.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 4491033A63303331

W dalszej części niniejszego podrozdziału zwrócę uwagę na pewne kryteria niepełnosprawności dzieci. Pierwszym z nich jest kryterium o charakterze etiologicznym. Poza zwykłym, już podanym, wyliczeniem upośledzeń najczęściej w pedagogice specjalnej używany jest podział jednostek odchylonych od normy ze względu na etiologię, a jednocześnie biorący pod uwagę różnorodność patomechanizmów. Podział ten podawany jest przez M. Grzegorzewską[88] w różnych analizach niepełnosprawności dzieci. Wymienia ona:

1. Jednostki, które z różnych „przyczyn wewnątrzpochodnych" odznaczają się dewiacjami orientacyjnymi i emocjonalnymi (upośledzeni sensorycznie, upośledzeni umysłowo, chorzy nerwowo i psychicznie) orazz uszkodzeniem narządów ruchu (np. jednostki z trudnościami lokomocyjnymi). Można tu wliczyć globalne nieprawidłowości funkcjonowania procesów nerwowych (np. słaba wydolność, zaburzenia w zakresie funkcjonowania procesów poznawczych, emocjonalnych, dewiacje w zakresie rytmu i siły procesów nerwowych, nieprawidłowości lub trudności tworzenia się związków czasowych).
2. Jednostki, których zaburzenia mają charakter „zewnątrzpochodny (środowiskowy)" i są wynikiem nieprawidłowych i niekorzystnych kontaktów z otoczeniem. Należą tu przede wszystkim dzieci i młodzież tzw. niedostosowana społecznie, której odchylenie od normy nie należy do poprzednio wymienionej kategorii.

Inny podział niepełnosprawności przedstawia A. Maciarz[89], ma on charakter psychopedagogiczny. Zawiera następujące rodzaje upośledzeń:

1. Upośledzenie fizyczne: włącza się tu upośledzonych sensorycznie (niewidomych, niedowidzących, głuchych, niedosłyszących, głuchoniewidomych) oraz jednostki chore somatycznie i kalekie.
2. Upośledzenie umysłowe (używa się też terminu upośledzenie psychiczne); tu zalicza się jednostki upośledzone umysłowo oraz chore nerwowo i umysłowo.
3. Niedostosowania społeczne; należą tu jednostki z trudnościami charakterologicznymi w kontaktach społecznych.

Przedstawiony podział jest często stosowany w klasyfikacji niepełnosprawności. Wskazane elementy upośledzenia w tej klasyfikacji są zbyt uproszczone, ogólne i nieścisłe. Opierają się one na oddzieleniu zjawisk fizycznych, psychicznych i społecznych, co jest sprzeczne z bezspornie dowiedzionym

---

88 M. Grzegorzewska, *Pedagogika specjalna*, Warszawa 1968.

89 A. Maciarz, *Z teorii i badań społecznej integracji dzieci niepełnosprawnych*, Kraków 1999.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 4491033A63303331

związkiem przyczynowo-skutkowym rozwoju biopsycho-społecznego jednostki ludzkiej.

Klasyfikacja niepełnosprawności dzieci według S. Kowalika[90], wyodrębniona ze względu na trwałość upośledzenia, schorzenia czy wykolejenia, bywa ujmowana w dwie kategorie:

1. Grupa jednostek, które wskutek upośledzeń natury organicznej lub funkcjonalnej mają trwałe trudności w poznawaniu świata i nawiązywaniu kontaktu z otoczeniem i nie są zdolne do samorzutnej przystosowalności społecznej i wobec tego (zwłaszcza gdy kalectwo jest głębsze) muszą mieć zapewnioną specjalną organizację i dobraną metodę rewalidacji (niewidomi, głusi, upośledzeni umysłowo). Należą do nich również ciężko uszkodzeni fizycznie kalecy, którzy potrzebują stałej, specjalnej organizacji życia.
2. Grupa jednostek, które tylko w pewnym okresie życia (miesiące, lata) wymagają specjalnej troski i opieki wychowawczej, a po tym okresie są włączane do normalnego środowiska. Są to jednostki przewlekle chore, młodzież niedostosowana społecznie na podłożu niekorzystnych wpływów otoczenia oraz jednostki z lżejszymi uszkodzeniami narządów zmysłu lub ciężkimi, ale wykazujące większą sprawność intelektualną i adaptacyjną.

Do interesujących i nietypowych klasyfikacji zaburzeń rozwojowych dzieci należy zaliczyć podział eksponowany w pedagogice specjalnej we Francji i Belgii, uwzględniający różne aspekty dynamizmu rozwojowego jednostki ludzkiej. W założeniach teoretycznych tego podziału zwraca się uwagę na fakt wyróżnienia „rozwoju somatycznego" (wzrost, waga, proporcje ciała, morfologia, dojrzałość płciowa itd.) od „rozwoju funkcji i czynności ustosunkowań": funkcji motorycznych, językowych, mownych, inteligencji, nabytych wiadomości, funkcji i dyspozycji afektywnych, ale i zachowań społecznych czy seksualnych.

1. W każdym z aspektów przebieg rozwoju może być nieregularny. Może być za gwałtowny lub przedwczesny albo opóźniony i tempo rozwoju może odznaczać się powolnością lub może on być wstrzymany (fiksacja). W niektórych wypadkach można stwierdzić cofnięcie się (regresja).
2. Zdarzają się też dewiacje kierunkowe: rozwój może nie iść w kierunku normalnym lub po linii przewidzianej. Nieregularność rozwoju może ograniczać się do tej czy innej jego właściwości.

---

[90] S. Kowalik, *Psychospołeczne podstawy rehabilitacji osób niepełnosprawnych*, Warszawa 1996.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 4491033A63303331

3. Mogą się też zdarzać dysharmonie lub kontrasty, np. dziecko pod pewnymi względami może być opóźnione, pod innymi rozwija się normalnie, a nawet przedwcześnie. Można zaobserwować najróżniejsze dysharmonie między rozwojem somatycznym, intelektualnym, afektywnym czy też seksualnym.
4. Różne formy nieregularności spotyka się też w strukturze rozwoju. Normalnie rozwijający się osobnik organizuje swoje doświadczenie, wiedzę, zwyczaje i integruje je w całość struktury osobowości w różnym stopniu zjednoliconej[91].

Upośledzenie aparatu ruchowego, które często występuje u dzieci niepełnosprawnych, A. Wyszyńska[92] wyróżnia w czterech grupach:

– pierwszą grupę stanowią dysfunkcje pochodzenia mózgowego, do których należą: dziecięce porażenie mózgowe, spastyczne i wiotkie porażenie oraz niedowłady kończyn po wylewach mózgu, zespoły ruchów mimowolnych i zaburzenia koordynacji ruchowej;
– drugą grupę tworzą dysfunkcje pochodzenia rdzeniowego, które są konsekwencją wcześniejszych chorób, jak na przykład choroby Heinego-Mediny, rozszczepu kręgosłupa i rdzenia lub postępującego zaniku mięśniczego, dystrofii mięśniowej;
– trzecia grupa to dysfunkcje układu kostno-stawowego, np. zwichnięcia stawu biodrowego, stopę końsko-szpotawą, schorzenia reumatyczne (zwłaszcza gościec przewlekle postępujący i zesztywniające zapalenie stawów kręgosłupa) oraz skoliozy;
– ostatnią grupę stanowią braki kończyn wynikające z wad wrodzonych lub stany po amputacji.

Etiologia niepełnosprawności dzieci

Zagadnienia etiologii niepełnosprawności dzieci interesują lekarzy, psychologów, pedagogów. Rodzice najbardziej przeżywają życie dziecka niepełnosprawnego i doszukują się różnych przyczyn tego problemu. Zastanawiają się oni – dlaczego spotkało to właśnie ich, co było przyczyną choroby dziecka. Wielu rodziców za niepełnosprawność swojego dziecka obwinia przede wszystkim siebie. Wewnętrzne poczucie winy ma niewątpliwy wpływ na stosunek i postawę opiekuńczo-wychowawczą rodziców wobec swojego dziecka upośledzonego.

---

91 Tamże.

92 A. Wyszyńska, *Psychologia defektologiczna*..., op.cit.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 4491033A63303331

Wśród przyczyn niesprawności dzieci O. Lipkowski[93] wymienia:

1. Przyczyny prenatalne:
   - wiek matki: niedostateczna dojrzałość biologiczna bardzo młodych matek lub wyczerpanie generatywnych sił matek starszych. Stąd też bardzo młode matki wymagają szczególnego poradnictwa i opieki lekarskiej, a matki starsze (po 40 roku życia) powinny być powiadomione o częstotliwości występowania pewnych upośledzeń, np. zespołu Downa;
   - ekromesomopatie; znanych jest bardzo wiele zaburzeń chromosomalnych, które prawie zawsze powodują swoiste postacie niedorozwoju intelektualnego (np. syndrom Langdon-Downa, zespół Klinefeltera); w nieznacznej ilości przypadków ustalić można z pewnością istnienie czynników dziedzicznych, stąd też z reguły nieuzasadnione jest poczucie winy u rodziców; jeśli jednak dziecko mongoloidalne urodziła matka bardzo młoda, można podejrzewać wpływ czynników dziedzicznych i w takim przypadku badanie chromosomalne jest nieodzowne;
   - niedotlenienie, np. przy krwawieniach we wczesnym okresie ciąży, napadach epileptycznych, przy niektórych schorzeniach matki;
   - uszkodzenie chemiczne, mechaniczne, radiacyjne występujące na skutek używania i nadużywania leków (np. stwierdzone szkodliwe działanie talidomidu), wstrząsów (np. w czasie jazdy na motorze), niefachowych naświetlań i zbyt częstych prześwietlań promieniami Roentgena; wskazane jest więc unikanie używania leków, a przede wszystkim unikanie wstrząsów, szczególnie we wczesnym okresie ciąży;
   - choroby infekcyjne matki; na rozwój płodu może wpłynąć ujemnie zachorowanie matki np. na różyczkę; istnieje także prawdopodobieństwo zagrożenia rozwoju płodu przez inne choroby infekcyjne, np. grypę wirusową w pierwszych miesiącach ciąży;
   - zaburzenia metabolizmu mogą przejawiać się w zaburzeniach przemiany białka, tłuszczu i węglowodanów; we wszystkich przypadkach, tylko wczesna diagnoza i wcześnie podjęte środki zaradcze mogą zapewnić skuteczne leczenie i zapobieganie nieodwracalnym skutkom; przykładem ochrony dziecka (przede wszystkim przez odpowiednio stosowaną dietę) przed ciężkim upośledzeniem jest tzw. fenyloketonuria, odkryta w 1934 r. przez Földinga.
2. Uszkodzenia perinatalne mają najczęściej charakter uszkodzeń mechanicznych i niedotlenienia. Najbardziej zagrożone są dzieci urodzone przedwcześ-

[93] O. Lipkowski, *Pedagogika specjalna*, Warszawa 1981.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 4491033A63303331

nie. Duże znaczenie mają profilaktyczne badania lekarskie w okresie ciąży oraz właściwa opieka w czasie porodu.

3. Uszkodzenia postnatalne mają przyczyny różnorakie: urazy fizyczne, choroby mózgu (np. zapalenie mózgu i guzy mózgu), ciężkie zaburzenia metabolizmu, szczególnie w pierwszym okresie życia dziecka; niekorzystne warunki psychospołeczne wpływające hamująco no rozwój psychiczny.

Nieco inną klasyfikację etiologii uwarunkowań mających wpływ na powstawanie niepełnosprawności dzieci przedstawiła H. Borzyszkowska[94]. Wyodrębnia ona dwie grupy czynników:

– grupę czynników endogennych
– grupę czynników egzogennych.

W przypadku grupy pierwszej są to czynniki pochodzące z wewnątrz, a upośledzenie wywołane jest właśnie tymi wewnętrznymi czynnikami. W przypadku grupy drugiej są to czynniki pochodzące z zewnątrz, a upośledzenie jest wywołane zewnętrznymi czynnikami.

W ciągu ostatnich dziesięcioleci wykryto szereg innych, dotąd nieznanych czynników etiologicznych, które wywołują powstawanie różnych postaci niepełnosprawności dzieci. Ten sam np. czynnik szkodliwy, ale działający w różnych okresach rozwoju osobniczego może wywołać różnorodne uszkodzenia, podczas gdy najróżniejsze czynniki patogenne wpływające na organizm w tym okresie jego rozwoju powodują podobne lub nawet takie same skutki. Pierwsze reakcje zarodka są podobne do siebie i mało specyficzne. Dopiero w późniejszym okresie rozwojowym płodu jakość czynnika etiologicznego nabiera coraz większego znaczenia w kształtowaniu się obrazu klinicznego choroby.

W zależności od czasu, w którym oddziałuje czynnik szkodliwy, wyróżnia się trzy grupy uwarunkowań, a mianowicie:

– pierwsza grupa, w której istnieje niepełna wartość rozrodczych komórek rodziców;
– druga grupa, w której występują czynniki szkodliwe działające na zarodek, płód w różnych fazach rozwoju płodowego;
– trzecia grupa, w której funkcjonują czynniki szkodliwe działające w czasie porodu i w pierwszych latach po urodzeniu.

Na zakończenie niniejszych rozważań należy dodać, że bardzo ważną sprawą jest dokładne poznanie i ustalenie przyczyn niepełnosprawności w każdym pojedynczym przypadku. Jest to istotne zagadnienie z uwagi na optymalne oddzia-

---

[94] H. Borzyszkowska, *Oligofrenopedagogika*, Warszawa–Łódź 1985.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 4491033A63303331

ływania medyczne i rehabilitacyjne czy rewalidacyjne dzieci. Dokładne bowiem ustalenie przyczyn niepełnosprawności pozwala lekarzom, nauczycielom czy psychologom na dobór właściwych metod postępowania. Poznanie etiologii niepełnosprawności fizycznej i psychicznej konieczne jest także ze względu na niewłaściwy stosunek części społeczeństwa do osób niepełnosprawnych. Chodzi bowiem o to, by zlikwidować do dziś istniejące poglądy w środowisku lokalnym, nie mające żadnego uzasadnienia, a szczególnie krzywdzące rodziny i jednostki dotknięte tą chorobą.

Charakterystyka funkcjonowania dzieci niepełnosprawnych

Dzieci lekko upośledzone umysłowo

Specyfiką rozwoju dzieci upośledzonych umysłowo zajmowała się m.in. M. Kościelska[95]. Specyfika dzieci umysłowo upośledzonych polega przede wszystkim na tym, że mają one znacznie gorsze niż przeciętne warunki rozwoju w sensie biologicznym i społecznym. Skutkiem tego jest tworzenie się negatywnych następstw, które patologizują rozwój dziecka.

I. Obuchowska[96] wymienia trzy aspekty charakterystyki dzieci lekko upośledzonych umysłowo. Pierwszym jest ich stosunek do własnego upośledzenia; drugim – odmienność w podstawowych obszarach funkcjonowania, tj. w myśleniu, mowie, motoryce; trzecim – problemy związane z zachowaniem społecznym.

Z obserwacji wynika, że lekko upośledzone dziecko doznaje odrzucenia przez rówieśników już w wieku przedszkolnym. Przyczyną odrzucenia bywa częściej zachowanie, zaniedbany wygląd dziecka niż jego intelektualne funkcjonowanie. Z całą wyrazistością występuje świadomość własnego upośledzenia w okresie dorastania. Wiąże się to z pojawiającą się w tym czasie tendencją do pogłębionego poznawania siebie, poszukiwania i odkrywania swojego miejsca w życiu czy swojej tożsamości.

Drugie zagadnienie stanowi specyfika myślenia, mowy i motoryki dziecka niepełnosprawnego. Zaburzenia w zakresie tych „zdolności" składają się na specyficzny obraz dzieci lekko upośledzonych umysłowo. Myślenie charakteryzują trudności w ujmowaniu związków pomiędzy zjawiskami. Dzieci z trudem

---

95 M. Kościelska, *Oblicza upośledzenia*, Warszawa 1995.

96 I. Obuchowska, *Chore dziecko*, Warszawa 1991.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 4491033A63303331

pojmują istotę jakiegoś zdarzenia, przy opowiadaniu lub oglądaniu jakiegoś zdarzenia gubią „wątek", mają utrudnione zrozumienie nowych zadań, są mało pomysłowe, myślowo bierne oraz nie wykazują zainteresowań poznawczych.

Zaburzenia mowy dzieci upośledzonych w stopniu lekkim ujawniają się przede wszystkim w postaci różnorodnych wad wymowy. Mowę tych dzieci charakteryzuje ubogie słownictwo, trudność z uzewnętrznianiem swoich myśli, szczególnie wówczas, gdy treść wypowiedzi dziecka jest oderwana od społecznego kontekstu. Zaburzenia związane z motoryką występują u tych dzieci szczególnie często. U osób upośledzonych obserwujemy zarówno zaburzenia dotyczące globalnej motoryki, jak i koordynacji zmysłowo-ruchowej. W obrębie tych grup można wyróżnić następujące ich rodzaje:

Hiperaktywność jest to zespół trwałego niepokoju i nieuwagi, który rozpoczyna się we wczesnym dzieciństwie. Dzieci hiperaktywne są niespokojne, mają trudności w kontrolowaniu własnego zachowania, szczególnie w sytuacjach siedzenia, stania, spożywania posiłku. Istotą tego zaburzenia jest deficyt uwagi, na który nakładają się nadmierna ruchliwość, brak koordynacji czynnościowej, chwiejność w spostrzeganiu, utrudniona mowa, zaburzona lateralizacja.

Dyspraksja polega na nieprawidłowym „planowaniu" ruchów, braku koordynacji między nimi. Dzieci z dyspraksją muszą wielokrotnie powtarzać czynności, aby je opanować. Mają trudności w ubieraniu się, szczególnie w zapinaniu guzików czy wiązaniu sznurowadeł. Trudności, jakie dzieci z dyspraksją mają z własnym ciałem, powodują ich łatwe męczenie się i szybko pojawiające się stany frustracji.

Trzecią charakterystyczną cechą dziecka upośledzonego w stopniu lekkim jest jego zachowanie społeczne. M. Kościelska[97] stwierdza, że związek między obniżoną sprawnością umysłową a sposobem funkcjonowania społecznego jest oczywisty. W zakresie zachowań społecznych dzieci upośledzonych obserwuje się całą gamę zachowań mało kontrolowanych. Dzieci te cechuje labilność emocjonalna, słaba kontrola nad afektami, które często prowadzą do zachowań agresywnych, częściej też niż u dzieci zdrowych występuje szybka rezygnacja i zniechęcenie.

[97] M. Kościelska, *Upośledzenie umysłowe a rozwój społeczny*, Warszawa 1984.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 4491033A63303331

Dzieci głębiej upośledzone umysłowo

Najczęściej wyróżnia się dwie grupy postaci głębszego upośledzenia umysłowego: uwarunkowane genetycznie oraz egzogenne[98]. Do najczęstszych postaci uwarunkowanych genetycznie należą zespoły spowodowane przez szkodliwe geny, zwyrodnienia mózgowo-plamkowe bądź aberracje chromosomalne.

Dzieci głębiej upośledzone umysłowo mają określone trudności w procesie adaptacji do otoczenia i wymagają odpowiednich działań terapeutycznych. W przypadku braku tych działań, trudności się pogłębiają i dołączają się do nich coraz to nowe.

Z punktu widzenia objawów klinicznych stosunkowo najbardziej jednorodną grupą wśród dzieci głębiej upośledzonych umysłowo są dzieci z zespołem Downa. Osoby te charakteryzują się specyficzną budową ciała i wyglądem zewnętrznym. Charakterystyczną cechą tych dzieci są również wrodzone wady w budowie serca i układu krążenia. Właśnie wady układu krążenia są przyczyną wzmożonej męczliwości fizycznej tych osób oraz konieczności częstego odpoczywania podczas wysiłku fizycznego. Częste są również wady wzroku, nieprawidłowości w budowie kręgów szyjnych. Dzieci te zaczynają mówić stosunkowo późno, słownik czynny pozostaje z reguły ubogi. Występują wady wymowy, np. seplenienie, szeplenienie czy reranie. W odróżnieniu do dzieci prawidłowo rozwijających się, które w wieku 2–4 lat doznają wielu sukcesów oraz zaspokajają potrzebę znaczenia, dzieci dotknięte zespołem Downa, w tym samym czasie, zaczynają ponosić coraz więcej porażek i doznają dezaprobaty społecznej. Dlatego dość często można zauważyć przejawy zawyżonej ambicji i samooceny[99].

W odróżnieniu od rozwoju społecznego, wiele istotnych zaburzeń stwierdza się w rozwoju emocjonalnym. Emocje u tychże osób są mało zróżnicowane, często występuje nieumotywowany upór czy negatywizm. H. Olechnowicz[100] stwierdziła, że istnieje zależność między gotowością do działania a znakiem emocji. Emocje ujemne utrudniają lub uniemożliwiają rozpoczęcie czynności i nasilają upór, a emocje dodatnie sprzyjają jego zmniejszaniu, a nawet całkowicie go eliminują.

---

98 J. Lausch-Żuk, *Dzieci głębiej upośledzone*, [w:] Obuchowska I. (red.), *Dziecko niepełnosprawne w rodzinie*, Warszawa 1995.

99 Tamże.

100 H. Olechnowicz, *Wyzwalanie aktywności dzieci głębiej upośledzonych umysłowo*, Warszawa 1994.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 4491033A63303331

Godnym uwagi wydają się stosunkowo częste u głębiej upośledzonych umysłowo zaburzenia sfery ruchowej, są one osiowym objawem zaburzenia. U głębiej upośledzonych typowym zaburzeniem są stereotypie ruchowe, głównie o charakterze kiwania się.

Dzieci psychotyczne – autyzm

Najczęstszym objawem nieprawidłowości rozwoju fizycznego, umysłowego i emocjonalnego u dzieci z autyzmem są zaburzenia na poziomie zachowań, a więc także w sferze sposobów porozumiewania się ze światem zewnętrznym. Zakłócenia form komunikowania się z otoczeniem społecznym powinny być traktowane jako pierwszy niepokojący objaw i punkt wyjścia do diagnozy i leczenia.

Jednym ze schorzeń, którego rozpoznanie i terapia są niezwykle trudne, jest autyzm wczesnodziecięcy. Dzieci z zachowaniami autystycznymi zdecydowanie różnią się od swych rówieśników, zarówno tych, których rozwój przebiega właściwie, jak i tych, których rozwój ma przebieg nieprawidłowy. Istnieje dziewięć kryteriów zachowań najbardziej charakterystycznych dla autyzmu wczesnodziecięcego[101]. Zaliczamy do nich:

1. poważne zaburzenia sfery emocjonalnej, szczególnie widoczne w relacjach z otoczeniem;
2. wyjątkowe uzdolnienia lub prawidłowy rozwój fragmentarycznych funkcji intelektu na tle jego ogólnego opóźnienia;
3. brak poczucia tożsamości;
4. patologiczne zaabsorbowanie wybranymi przedmiotami;
5. niechęć do wszelkich zmian;
6. nasilony niepokój oraz lęk;
7. dziwaczność zachowań jako forma nieodpowiednich reakcji na stymulację zewnętrzną;
8. zaburzenie mowy lub całkowity jej brak;
9. stereotypy ruchowe.

Zdarza się, że rodzice nie zauważają żadnych niepokojących zachowań we wczesnym okresie życia dziecka. Inne znów dzieci autystyczne niepokoją rodziców swym zachowaniem prawie od urodzenia. Dzieci te często głośno krzyczą i płaczą, zwłaszcza po przebudzeniu. Uspokajają je spokojne rytmiczne ruchy, np. jazda samochodem. Dzieci te zachowują nienaturalną sztywność podczas przytulania. Drugi rodzaj autystycznych niemowląt stanowią dzieci

[101] S.M.B. Pecyna, *Psychologia kliniczna w praktyce pedagogicznej*, Warszawa 1998.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 4491033A63303331

nadmiernie spokojne i niewymagające. Dzieci te nie dopominają się jedzenia, nie płaczą. Najczęstszą aktywnością niektórych z tych dzieci jest postukiwanie w przedmiot, bujanie się czy uderzanie główką.

Charakterystyczny jest brak kontaktu wzrokowego z dzieckiem. Izolowanie się dziecka autystycznego od otoczenia przejawia się m.in. brakiem reakcji na stymulację zewnętrzną. Dotyczy to również dźwięków, toteż często są podejrzenia głuchoty. Jednym z bardziej widocznych objawów są stereotypy ruchowe. Polegają one na trzepotaniu ramionami i rękami, podskakiwaniu w górę, grymasach, manieryzmach chodzenia, kręceniu się wokół osi własnego ciała. Ruchy kończyn i twarzy znacznie się nasilają podczas przyjemnych przeżyć lub fascynacji jakimś przedmiotem.

Dzieci niesprawne sensorycznie – niedowidzące i niewidome

Dzieci z uszkodzonym narządem wzroku nie stanowią jednolitej grupy. Różne są bowiem przyczyny i okres uszkodzenia wzroku. Ważna jest głębokość i zakres uszkodzenia. Biorąc pod uwagę wymienione kryteria, Z. Galewska[102] wyróżnia sześć grup dzieci z uszkodzonym wzrokiem:

1. niewidome V = 0;
2. ociemniałe (utrata wzroku po 5 roku życia) V = 0;
3. szczątkowo widzące V = 1/∞ (tylko poczucie światła) ≤ 1/20;
4. niedowidzące V ≥1/20–5/20–5/15; (na lepszym oku po korekcji szkłami konwencjonalnymi i mogące czytać z bliska druk Sn. 1,5 o wysokości oczka 2,5 mm z dowolnej odległości od oka);
5. słabowidzące V = 5/10–5/5 na lepszym oku po korekcji szkłami konwencjonalnymi i czytający drobny druk (petit) z odległości ±25 cm przed okiem;
6. słabowidzące z zaburzeniami obuocznego widzenia z powodu zezującego niedowidzącego jednego oka.

Częściowe uszkodzenie wzroku lub całkowity jego brak ogranicza poznawanie wizualnych właściwości świata. W kształceniu niewidomych i niedowidzących kładzie się duży nacisk na wykorzystanie resztek wzroku, a zwłaszcza niezaburzonych pozostałych zmysłów, czyli tzw. kompensację funkcjonalną.

Zaburzenia w funkcjonowaniu analizatora wzroku są upośledzeniem sensorycznym, które powoduje ograniczenia w odbiorze informacji oraz w następstwie zubożenia w przetwarzaniu informacji. Zatem dodatkowa stymulacja sen-

[102] Z. Galewska, *Rehabilitacja okulistyczna dzieci z uszkodzonym wzrokiem*, [w:] Bendych E. (red.), *Rehabilitacja dzieci i młodzieży z uszkodzonym wzrokiem*, Warszawa 1984.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 4491033A63303331

soryczna z otoczenia, głównie dotykowa, słuchowa i węchowa, jest niezbędna dla prawidłowego rozwoju dziecka, a zwłaszcza części korowej analizatorów. Kompensacja braku wzroku odbywa się na zasadzie strukturalnego połączenia dotyku i zmysłu kinestetycznego ze słuchem, a także węchem. W rozwoju poznawczym dziecka niewidomego szczególną rolę odgrywa także mowa. Dzięki mowie, niewidomy może poznać zjawiska przyrody, cechy przyrody, stosunki, relacje, których dostrzec nie może angażując jednocześnie węch, słuch i dotyk. Słowa pomagają w orientacji przestrzennej, społecznym komunikowaniu się. Dzięki mowie można także przyswoić sobie wiedzę teoretyczną niezbędną w tworzeniu syntezy świata.

Dzieci z wadą słuchu

Uszkodzenia słuchu mogą być bardzo różne. Powodują one określone wady słuchu. M. Góralówna[103] wyróżnia dwa zasadnicze typy głuchoty:

– głuchotę przewodzeniową
– głuchotę odbiorczą.

J. Baran przedstawia następującą klasyfikację upośledzenia słuchu:

Tabela 1. **Klasyfikacja upośledzenia słuchu według Van Udena**

Stopień upośledzenia słuchu	Utrata słuchu w dB		Badania słuchu mową z odległości 1 m	Audiometria słowna
	przy 500–1000 –2000 Hz	przy 125–2500 Hz		
Lekki niedosłuch	mniej niż 30 dB		trudności w słyszeniu mowy szeptanej	
Umiarkowany niedosłuch	mniej niż 60 dB		trudności w słyszeniu mowy potocznej, która może być odebrana bez aparatu głównie drogą słuchową	rozumiane jest co najmniej 40% znanych słów
Ciężkie upośledzenie słuchu	60–90 dB		po treningu słuchu, mowa jest rozumiana głównie drogą słuchową	przy pomocy aparatury do ćwiczeń słuchu rozumiane jest co najmniej 40% znanych słów
Głuchota	Więcej niż 90 dB	Więcej niż 60 dB	mowa potoczna nie jest rozumiana nawet przy pomocy aparatury i po treningu słuchu	

Źródło: J. Baran, *Rewalidacja głuchych*, [w:] Hulek A. (red.), *Pedagogika rewalidacyjna*, Warszawa 1980.

[103] M. Góralówna, *Dziecko z trwałym kalectwem słuchu: zagadnienia diagnostyki i postępowania leczniczo-rehabilitacyjnego*, Warszawa 1970.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 4491033A63303331

Cechą głuchoty typu przewodzeniowego jest niedosłuch, rzadziej głębsza głuchota. Upośledzeniu ulegają zwykle niskie tony, wysokie natomiast zachowują normalną słyszalność. Zdarzają się jednak przypadki, w których upośledzenie dotyczy w równym stopniu tonów niskich, jak i wysokich.

Nieco odmienny obraz zachodzi w typie głuchoty odbiorczej, gdzie ubytek słuchu jest głębszy dla tonów wysokich w porównaniu z niskimi, co wpływa znacznie na gorsze rozumienie mowy i gorszą słyszalność. Typową cechą głuchoty odbiorczej są trudności w percepcji mowy i w jej opanowaniu[104].

Istnieje wiele przyczyn powodujących zaburzenia w działaniu narządu słuchu. Do tych, które mogą uszkodzić ten narząd w istotny sposób, naruszający jego podstawowe funkcje i ograniczający sprawność słuchową człowieka, W. Pietrzak[105] zalicza następujące przyczyny: genetyczne, zatrucia i choroby wirusowe przebyte przez matkę w okresie ciąży, urazy okołoporodowe, choroby okresu noworodkowego i wczesnego dzieciństwa.

Nad bogactwem słownictwa dziecka z wadą słuchu powinni czuwać przede wszystkim rodzice. Dzieci z tą wadą nie mają żadnej, spontanicznie rozwiniętej sprawności językowej. Muszą zdobywać wszystkie sprawności leżące u podstaw umiejętności mówienia. Psycholodzy twierdzą, że dzieci wychowywane w atmosferze miłości osób bliskich, ujawniają pozytywne cechy osobowości. Natomiast te dzieci, które nie otrzymały ciepła ze strony rodziców, mają skłonność do zamykania, izolacji oraz złośliwości. Przypisywana dziecku z wadą słuchu nieufność do ludzi, agresywność i brak uczuć wyższych nie są cechami wynikającymi z defektu spowodowanego uszkodzeniami analizatora słuchowego i braku kontaktu słownego. Są one efektem nieprawidłowego postępowania w wychowaniu i braku ciepła okazywanego im w życiu codziennym w środowisku rodzinnym. Rodzice powinni dążyć do stworzenia atmosfery kształtującej poczucie wiary w siebie, atmosfery radości, życzliwości i akceptacji dziecka niepełnosprawnego. Stwarzając dziecku miły klimat życia domowego, możemy rozwinąć w nim pożądane cechy osobowości.

Dzieci niepełnosprawne ruchowo

Specyficzne problemy dziecka z uszkodzonym narządem ruchu wynikają z jego fizycznej odrębności, która dotyczy wyglądu zewnętrznego, a także sprawności motorycznej. Odrębność ta ma charakter negatywny, to znaczy

---

[104] J. Baran, *Rewalidacja głuchych*, [w:] Hulek A. (red.), *Pedagogika rewalidacyjna*, Warszawa 1980.

[105] W. Pietrzak, *Wpływ języka migowego na proces uogólniania i werbalizację u uczniów głuchych*, [w:] Hulek A. (red.), *Człowiek niepełnosprawny w społeczeństwie*, Warszawa 1986.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 4491033A63303331

polega na braku lub deformacji kończyn, pewnych zmianach w kręgosłupie i wiąże się z obniżeniem sprawności fizycznej.

Przyczyny uszkodzeń narządu ruchu są bardzo zróżnicowane. Najogólniej, jak stwierdza W. Dega[106], można je podzielić na wrodzone i nabyte. Do pierwszej grupy zaliczamy te wady, które spowodowane są czynnikami wewnątrzpochodnymi (na przykład zaburzenia w chromosomach), bądź zewnątrzpochodnymi (niedotlenienie, wpływy toksyczne, infekcje, promieniowanie jonizujące itd.). Natomiast kalectwo powstałe na pewnym etapie życia człowieka (nabyte) to przede wszystkim kalectwa pourazowe, między innymi zniekształcenia pourazowe, uszkodzenia ścięgien, więzadeł, mięśni, skóry, przykurcze, martwice kości, amputacje, a także kalectwa spowodowane czynnikami chorobowymi.

I. Kaiser-Grodecka[107] klasyfikuje uszkodzenia aparatu ruchowego w następujący sposób:

– dysfunkcje pochodzenia mózgowego, np. dziecięce porażenie mózgowe, spastyczne i wiotkie porażenia i niedowłady po wylewach do mózgu, zespoły ruchów mimowolnych i zaburzenia koordynacji ruchowej;
– dysfunkcje pochodzenia rdzeniowego będące następstwem np. choroby Heinego-Medina, rozszczepu kręgosłupa, postępującego zaniku mięśni;
– dysfunkcje układu kostno-stawowego, takie jak zwichnięcie stawu biodrowego, nieprawidłowości w obrębie stóp czy kolan, schorzenia reumatyczne;
– braki kończyn, wrodzone lub na skutek amputacji.

Każde dłużej trwające unieruchomienie dziecka, spowodowane uszkodzeniem narządu ruchu, może mieć niekorzystny wpływ na jego rozwój. Trudności, które pokonywać musi dziecko z naruszoną sprawnością ruchową, podzielić można z formalnego punktu widzenia na dwie grupy: trudności fizyczne i psychologiczne. Trudności fizyczne wynikają z faktu, że świat jest niedostosowany do warunków fizycznych dziecka niesprawnego ruchowo. Niewątpliwie pokonywanie tych trudności wymaga zwiększonego wysiłku fizycznego i fizjologicznej mobilizacji organizmu, a ponadto obciąża psychicznie. Obciążenie to wynika stąd, że dziecko niepełnosprawne musi pokonać te trudności napotykane w działaniu, które zmuszają do dodatkowej aktywności czy przeorganizowaniu swoich oczekiwań i dążeń. Trudności te mogą również stanowić zagrożenie dla samooceny i poczucia własnej wartości dziecka niepełnosprawnego ruchowo.

---

[106] W. Dega, *Ortopedia i rehabilitacja*, Warszawa 1972.

[107] I. Kaiser-Grodecka, *Dysfunkcje narządów ruchu*, [w:] Wyszyńska A. (red.), *Psychologia defektologiczna*, Warszawa 1987.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 4491033A63303331

Dzieci niesprawne somatycznie – przewlekle chore

Choroba jest złożonym czynnikiem wywołującym stres, wpływającym zwykle w sposób zaburzający na ogólny rozwój dziecka. Oczywisty jest wpływ procesu chorobowego na rozwój fizyczny dziecka. Zdarza się, że proces chorobowy uniemożliwia nabycie określonych sprawności ruchowych lub znacznie opóźnia ich opanowanie. Unieruchomienie dziecka, spowodowane chorobą lub jej leczeniem, ogranicza w decydującym stopniu aktywność własną dziecka, która jest niezbędna w rozwoju każdego człowieka. Przy braku możliwości poruszania się, „odkrywania świata", zmniejsza się liczba docierających bodźców do dziecka, której konsekwencją jest osłabienie aktywności poznawczej dzieci przewlekle chorych. Negatywny wpływ choroby na rozwój społeczny dziecka jest szczególnie wyraźny, gdy przerywa ono naukę szkolną lub gdy z powodu choroby nie rozpoczyna nauki w zwykłym trybie i czasie. Choroba wpływa także na obniżenie odporności emocjonalnej człowieka. Najczęściej wywołuje lęk, który jest emocją najbardziej zaburzającą prawidłowy rozwój psychiczny. Jest to lęk przed konkretnym zagrożeniem, a więc strach przed zabiegami, przed pobytem w szpitalu, przed oddzieleniem od rodziny czy przed zmianą wyglądu. Prócz lęku dość często występuje jeszcze inna negatywna reakcja na chorobę, mianowicie gniew. Gniew łączy się z zachowaniem negatywnym, agresywnym. Dziecko kieruje gniew przeciw osobom, które postrzegane są jako odpowiedzialne za ograniczenia związane z leczeniem. Inną formą zachowania, u podłoża którego leży lęk przed nową sytuacją, którą niesie z sobą choroba i jej leczenie, są zachowania typu ucieczkowego. Dzieci uciekają od budzącej lęk rzeczywistości. Najczęstszymi negatywnymi reakcjami dziecka, jak słusznie zauważa E. Wielgosz[108], są: negacja, odtrącenie, wycofywanie się z kontaktów społecznych.

Podczas choroby poważnym przestrojeniom ulega praca ośrodkowego układu nerwowego. W istotnym stopniu zaburzeniom ulegać może neurodynamika procesów korowych, zwłaszcza ich równowaga, siła, ruchliwość, reaktywność i plastyczność. Poważnym zakłóceniom ulegają również funkcje integracyjne ośrodków emocjonalnych w mózgu, powodując wtórne zaburzenia tkanek ustroju[109].

Przebieg choroby wpływa w sposób znaczący na emocje rodziny, od strachu i niepokoju przechodzą one do optymizmu i radości. Wstrząs wywołany wy-

---

[108] E. Wielgosz, *Dzieci przewlekle chore*, [w:] Obuchowska I. (red.), *Dziecko niepełnosprawne w rodzinie*, Warszawa 1998.

[109] I. Obuchowska, M. Krawczyński, *Dziecko chore*, Warszawa 1996.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 4491033A63303331

stąpieniem przewlekłej choroby u dziecka oraz jej leczenie wywołuje zmiany w istniejącej dotychczas strukturze rodziny. Najczęstszymi zakłóceniami pojawiającymi się w procesie wychowania dzieci przewlekle chorych są nadmierne ochranianie, nadmierna pobłażliwość lub odrzucenie dziecka[110].

Niezależnie od rodzaju i głębokości upośledzenia, w trosce o dobro i rozwój dziecka, rodzice powinni pomóc w procesie „godzenia się" z brakiem pełnej sprawności. Rodzice muszą jednak zdawać sobie sprawę z faktu, że „pogodzenie się" nie może być utożsamiane z bezczynnością i biernością dziecka, jak i jego najbliższych. Zaakceptowanie niepełnosprawności dziecka przez rodzinę, jak i przez samo dziecko, jest ważnym i niezbędnym elementem w procesie wychowania. Organizując dla dziecka różnego rodzaju działania, trzeba koniecznie zachęcać je do pokonywania trudności wynikających z jego niepełnosprawności. Ponadto należy zadbać, by rozwijały się w toku działania nie tylko zdolności i sprawności, które zostały zahamowane przez upośledzenie, ale również i te, których choroba nie zaburzyła. To, co jest w normie i zdrowe, należy w podjętym działaniu jeszcze bardziej rozwinąć, wręcz doprowadzić do perfekcji.

[110] E. Wielgosz, *Dzieci przewlekle chore*..., op.cit.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 4491033A63303331

ROZDZIAŁ III

Metodologia badań własnych

Wprowadzenie

Rodzina jako podstawowa grupa społeczna, funkcjonująca w społeczeństwie, jest środowiskiem najważniejszym i najbardziej odpowiedzialnym za rozwój psychofizyczny i społeczny dziecka. Stanowi ona pewną strukturę, system wzajemnych oddziaływań, zwyczajów życia codziennego, opieki i socjalizacji. Życie w niej przebiega w określony sposób i jest odpowiednio zorganizowane. Pojawienie się dziecka niepełnosprawnego w rodzinie może być często wstrząsem psychicznym, strukturalnym i funkcjonalnym dla ustalonego już systemu życia rodzinnego.

Badanie potrzeb i trudności rodzin z dzieckiem niepełnosprawnym staje się coraz częściej przedmiotem zainteresowań nauk medycznych, psychologicznych, a szczególnie pedagogicznych. Problematyce tej towarzyszy rozwój badań i naukowych opracowań, które w sposób empiryczny analizują problem funkcjonowania dzieci niepełnosprawnych w rodzinie i poza nią. Stąd też obserwujemy wzrost wydawanych publikacji poruszających wielostronne zagadnienia opieki, wychowania, rehabilitacji i rewalidacji dziecka upośledzonego w środowisku rodzinnym, edukacyjnym czy lokalnym.

Rola rodziny jest bardzo istotna w procesie rehabilitacji, w rozwoju, wychowaniu, uspołecznianiu, realizacji potrzeb dziecka niepełnosprawnego. Dlatego

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 4491033A63303331

też bardzo ważne jest, aby ojciec i matka oraz inni członkowie rodziny byli w stanie sprostać tym trudnym wymaganiom pedagogicznym.

Z rozważań dotyczących funkcjonowania rodziny wyraźnie wynika, że ma ona znaczny wpływ na rozwój dziecka niepełnosprawnego, ale jednostka ta ma również wpływ na życie rodzinne. Zdaje się to potwierdzać pogląd A. Wery, że „dziecko musi przystosować się do swego środowiska, a środowisko musi zmienić się ze względu na jego obecność”[111].

Rodzina z dzieckiem upośledzonym narażona jest na ogromne trudności ekonomiczne związane z leczeniem, rehabilitacją bądź rewalidacją niepełnosprawnego dziecka, musi walczyć z wieloma barierami (np. architektonicznymi), których nie może ono pokonać. Niestety, osoby niepełnosprawne i ich rodziny wielokrotnie spotykają się z niezrozumieniem i niechęcią ze strony urzędników, instytucji i społeczeństwa.

Zmiany w naszym kraju, jak wejście Polski do Unii Europejskiej, coraz większe zainteresowanie problemami życia ludzi niepełnosprawnych (rok 2003 ogłoszony był rokiem pomocy dla niepełnosprawnych), z pewnością umożliwią w przyszłości jednostkom niesamodzielnym wszechstronną opiekę i pomoc, a niepełnosprawnym zapewnią rehabilitację, leczenie i życie w warunkach nieuwłaczających godności człowieka.

Cel, przedmiot, problemy, hipotezy badawcze oraz zmienne niezależne i zależne

Celem niniejszego opracowania jest rozpoznanie trudności opiekuńczo-wychowawczych z dzieckiem niepełnosprawnym w środowisku rodzinnym oraz funkcjonowanie tej rodziny głównie w sferze emocjonalnej i społecznej.

W procesie badawczym należy również określić przedmiot podlegający badaniu. W. Zaczyński[112] przez przedmiot badań rozumie świadomą działalność badacza w stosunku do osób, zbiorowości, zjawisk i procesów, nakierowaną na zdobycie określonej wiedzy i informacji niezbędnej do rozwiązania problemu badawczego.

Przedmiotem badań w niniejszym opracowaniu uczyniono rodzinę dziecka niepełnosprawnego, jej emocjonalne sytuacje w tym środowisku, a także działalność wychowawczą rodziców skierowaną na dziecko. Podjęcie takiego

---

[111] A. Wery, *Wychowanie w rodzinie*, [w:] Debesse M. (red.), *Rozprawy o wychowaniu*, Warszawa 1988, s. 128.

[112] W. Zaczyński, *Praca badawcza nauczyciela*, Warszawa 1995.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 4491033A63303331

przedmiotu badań wynika m.in. stąd, że niewielkie, jak dotąd, jest zainteresowanie badaczy rodziny zagadnieniami wychowawczymi i emocjonalnymi w rodzinie z dzieckiem niepełnosprawnym. Brakuje publikacji naukowych oraz badań empirycznych diagnozujących funkcjonowanie emocjonalne i społeczne tychże rodzin.

Podstawowym warunkiem podjęcia badań naukowych jest uświadomienie problemu bądź problemów badawczych wynikających z przedmiotu i celu badawczego.

Słuszny pogląd wyraża T. Pilch[113], że problemy badawcze wyznaczają pewien proces myślowy w fazie koncepcyjnej pracy, stanowią również podstawę do tworzenia hipotez, a także zmiennych niezależnych i zależnych. Problemy badawcze wskazują również na potrzebę doboru określonych metod i technik badawczych. S. Nowak[114] przez problem badawczy rozumie pewne pytanie lub zespół pytań, na które odpowiedzi ma dostarczyć proces badawczy podjęty przez badacza.

Główny problem badawczy niniejszej pracy zawiera się w pytaniu:

Jakie uwarunkowania emocjonalne i wychowawcze tkwią w środowisku rodzinnym z dzieckiem niepełnosprawnym?

Zbyt ogólny charakter tego sformułowania nie pozwoli na uzyskanie wyczerpującej odpowiedzi, dlatego też wyodrębniono szereg problemów szczegółowych, które będą pomocne w realizacji procesu badawczego.

Problemy te przedstawiają się następująco:

1. Jakie emocje i uczucia występują u rodziców w kolejnych etapach funkcjonowania z niepełnosprawnym dzieckiem?
2. Jak przebiega proces akceptacji dziecka niepełnosprawnego przez rodziców?
3. Jakie postawy rodzicielskie dominują wobec dzieci niepełnosprawnych?
4. W jakim zakresie i stopniu rodzice zaspokajają potrzeby psychiczne i społeczne u dzieci niepełnosprawnych?
5. W jakim stopniu rodzice mający dziecko niepełnosprawne są świadomi swojej wychowawczej roli rodzicielskiej?
6. W jakim zakresie i stopniu rodzice wykazują umiejętności wychowawcze względem swoich dzieci niepełnosprawnych?

Z tak przedstawionych problemów szczegółowych wynikają hipotezy badawcze. Stanowią one stwierdzenia, co do których istnieje pewne prawdopodobieństwo rzeczywistego badanego stanu, lecz nie stanowią one końcowych

---

[113] T. Pilch, *Zasady badań pedagogicznych*, Warszawa 1995.

[114] S. Nowak, *Metodologia badań społecznych*, Warszawa 1991.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 4491033A63303331

rezultatów badawczych. Jest to więc pewne założenie, przypuszczalna odpowiedź wynikająca z dotychczasowej analizy literatury oraz własnych, wstępnych doświadczeń badacza na sformułowane pytania – problemy badawcze.

W oparciu o postawione wcześniej problemy szczegółowe i uwzględnione wyżej wymagania sformułowano następujące hipotezy badawcze:

1. Zakładam, że dla większości rodziców wiadomość, iż ich dziecko będzie niepełnosprawne, była bolesnym przeżyciem emocjonalnym. Negatywne przeżycia związane z tym faktem są silne dla rodziny niezależnie od wykształcenia i środowiska zamieszkania rodziców.
2. Proces akceptacji i pogodzenia się z faktem upośledzenia dziecka ma specyficzny przebieg dla każdej rodziny. Rodzice z trudem akceptują dziecko niepełnosprawne.
3. Zakładam, że w rodzinach z dzieckiem niepełnosprawnym dominują umiarkowanie niepożądane lub niepożądane wychowawczo postawy rodzicielskie. Najczęściej są to postawy nadmiernie ochraniające lub unikające. Tego typu postawy rodziców występują przede wszystkim u rodziców z wykształceniem podstawowym i zawodowym. Natomiast postawy pożądane wychowawczo w postaci akceptacji i rozumnej swobody występują u rodziców z wykształceniem wyższym.
4. Myślę, że rodzice zaspokajają potrzeby dziecka niepełnosprawnego, dotyczy to przede wszystkim rodziców z wykształceniem wyższym i średnim, zapewniając dziecku podstawowe potrzeby biologiczne i psychiczne, szczególnie dotyczy to miłości, bezpieczeństwa i rehabilitacji dziecka. Rodzice z wykształceniem podstawowym i zawodowym oraz ze środowiska wiejskiego w sposób ograniczony realizują potrzeby, szczególnie psychiczne, dzieci niepełnosprawnych.
5. Należy sądzić, że stopień świadomości rodziców dotyczący roli i zakresu wychowania nad dzieckiem niepełnosprawnym jest na niskim poziomie. Rodzice nie znają wielostronnych metod oddziaływania wychowawczego.
6. Zakładam, że rodzice, szczególnie z wykształceniem podstawowym i zawodowym oraz wywodzący się ze środowiska wiejskiego posiadają niski poziom umiejętności wychowawczych. Wyższy poziom tych umiejętności mają rodzice ze środowiska miejskiego i z wykształceniem średnim i wyższym. Rodzice w większym stopniu i zakresie stosują kary w procesie wychowawczym niż nagrody.

Zaprezentowane problemy badawcze i hipotezy mają charakter złożony, stąd też w życiu rodzinnym są współzależne i wzajemnie warunkują się w codziennym funkcjonowaniu.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 4491033A63303331

Dla zbadania pewnych zależności i faktów w rzeczywistych sferach życia rodziny z dzieckiem niepełnosprawnym należy opracować zmienne niezależne, zależne i w stosunku do nich określić wskaźniki pomiaru.

Zmienna niezależna jest to ta zmienna, która wpływa na zmianę pewnych cech bądź elementów życia codziennego. Natomiast zmienna zależna jest to ta cecha życia rodzinnego, która ulega zmianom uwarunkowanym inną zmianą i jest przedmiotem badania[115].

Dla każdej zmiennej niezależnej i zależnej ustalono wskaźniki empiryczne. S. Nowak dowodzi, że „wskaźnikiem jakiegoś zjawiska Z nazywać będziemy takie zjawisko W, którego zaobserwowanie pozwoli nam określić, iż zaszło zjawisko Z"[116].

W podjętej pracy badawczej przyjęto następujące zmienne niezależne, zależne i ich wskaźniki empiryczne.

	Zmienne niezależne	**Wskaźniki**
1.	Płeć badanych rodziców	– ojcowie – matki
2.	Środowisko zamieszkania rodziny	– miejskie – wiejskie
3.	Wykształcenie rodziców	– podstawowe – zawodowe – średnie – wyższe
4.	Wiek rodziców	– 20–30 lat – 31–35 lat – 36–40 lat – 41–45 lat – 46–55 lat
5.	Wiek badanych dzieci	– 0–5 lat – 6–10 lat – 11–15 lat – 16–20 lat
6.	Płeć badanych dzieci	– dziewczynki – chłopcy

[115] T. Pilch, *Zasady badań pedagogicznych…*, op.cit.

[116] S. Nowak, *Metodologia badań społecznych*..., op.cit., s. 247.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 4491033A63303331

Zmienne zależne	Wskaźniki
1. Stopień zaspokajania oczekiwań rodziców przez dziecko niepełnosprawne	– w pełni spełniało – częściowo spełniało – raczej nie spełniało – nie spełniało
2. Reakcje uczuciowe rodziców na wiadomość o niepełnosprawności dziecka	– przerażenie, bunt – rozgoryczenie – ból psychiczny – rozpacz – szok psychiczny – przykrość – spokój
3. Okres czasu trwania procesu akceptacji dziecka niepełnosprawnego przez rodziców	– bezpośrednio po uzyskaniu informacji – ponad miesiąc od uzyskania informacji – trwa nadal
4. Sposób radzenia sobie przez rodziców z trudną sytuacją w rodzinie w procesie akceptacji dziecka niepełnosprawnego	– z pomocą modlitwy – z pomocą męża, żony – z pomocą rodziny – z pomocą lekarza – sam sobie poradziłem
5. Postawy rodzicielskie wobec dzieci niepełnosprawnych – górowania – bezradności – koncentracji – dystansu	– pożądane wychowawczo – umiarkowanie pożądane – niepożądane wychowawczo
6. Rodzaj zaspokajanych potrzeb psychospołecznych i biologicznych	– miłość – bezpieczeństwo – akceptacji – rehabilitacji – edukacji – kontaktu społecznego – biologiczne – materialne

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 4491033A63303331

7. Znajomość potrzeb biologicznych przez rodziców	– dobra – częściowa – brak znajomości
8. Stan zaspakajania potrzeb psychospołecznych i biologicznych	– bardzo dobra – dobra – częściowa – nie są zaspokajane
9. Stopień zaspokojenia potrzeb bezpieczeństwa u dzieci niepełnosprawnych	– bardzo wysoki – wysoki – średni – niski
10. Świadomość wychowawcza rodziców	– bardzo wysoka – wysoka – średnia – niska
11. Rodzaje stosowanych nagród wychowawczych przez rodziców	– werbalne – rzeczowe – uczuciowe – rehabilitacyjne – rewalidacyjne
12. Rodzaje stosowanych kar przez rodziców dzieci niepełnosprawnych	– fizyczne – uczuciowe – słowne – poniżające godność dziecka – ograniczanie kontaktu społecznego

Wymieniony, bardzo szczegółowy rejestr zmiennych niezależnych i zależnych oraz wskaźników badawczych daje nam możliwość dogłębnego rozpoznania zdarzeń, zjawisk emocjonalnych i wychowawczych w rodzinie z dzieckiem niepełnosprawnym oraz wskazać na zależności między pewnymi elementami życia rodzinnego (zmienne niezależne), na określone zjawiska i cechy charakterystyczne funkcjonowania emocjonalnego i wychowawczego rodziny z dzieckiem niepełnosprawnym (zmienne zależne).

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 4491033A63303331

Metody i techniki badawcze stosowane w procedurze badawczej

Istotnym elementem badań naukowych jest dobór celowych i planowych metod i technik badawczych w procedurze badawczej.

Metody badań, to „typowe i powtarzalne sposoby zbierania, opracowania, analizy i interpretacji danych empirycznych, służących do otrzymania maksymalnie [...] uzasadnionych odpowiedzi na stawiane w nich pytania”[117].

W celu zbadania problemów zawartych w niniejszej pracy posłużono się metodą sondażu diagnostycznego i metodą indywidualnych przypadków.

Metoda sondażu diagnostycznego umożliwia poznanie sfer wychowawczych i emocjonalnych w rodzinie z dzieckiem niepełnosprawnym, ustalenie zasięgu, poziomu i intensywności tych zjawisk występujących w rodzinie.

Według T. Pilcha „metoda sondażu diagnostycznego jest sposobem gromadzenia wiedzy o atrybutach strukturalnych i funkcjonalnych oraz dynamice zjawisk społecznych, opiniach i poglądach wybranych zbiorowości, nasilaniu się i kierunkach rozwoju określonych zjawisk i wszelkich innych zjawiskach instytucjonalnie nie zlokalizowanych – posiadających znaczenie wychowawcze – w oparciu o specjalnie dobraną grupę reprezentującą populację generalną, w której samo zjawisko występuje”[118].

Za pomocą metody sondażu diagnostycznego dokonana zostanie diagnoza, głównie emocjonalnego i wychowawczego funkcjonowania rodziny w oddziaływaniach opiekuńczo-wychowawczych z dzieckiem niepełnosprawnym.

Ponadto w badaniach zastosowano także metodę indywidualnych przypadków. Metoda ta stanowi dogłębny i wielostronny sposób postępowania badacza „polegający na analizie jednostkowych losów ludzkich uwikłanych w określone sytuacje wychowawcze lub na analizie konkretnych zjawisk natury wychowawczej poprzez pryzmat jednostkowych biografii ludzkich z nastawieniem na opracowanie diagnozy, przypadku lub zjawiska w celu podjęcia działań terapeutycznych”[119].

Ważnym atrybutem tej metody badawczej jest możliwość analizy jakościowej badanych przypadków w sferze trudności przeżyć emocjonalnych, świadomości wychowawczej roli rodzicielskiej oraz stosowanych oddziaływań wychowawczych rodzin z dziećmi niepełnosprawnymi, a także opracowanie

---

[117] S. Nowak, *Metodologia badań społecznych...*, op.cit., s. 22.
[118] T. Pilch, *Zasady badań pedagogicznych...*, op.cit., s. 17.
[119] Tamże.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 4491033A63303331

szerszej diagnozy opisywanych sytuacji życiowych potwierdzających analizę ilościową wynikającą z sondażu diagnostycznego.

Bliżej skonkretyzowanymi czynnościami, które służą do realizowania zamierzonych badań, są techniki badawcze, które podporządkowane są metodom badawczym i pełnią wobec nich rolę uzupełniającą.

W celu uzyskania wielostronnej wiedzy dotyczącej przedmiotu badań oraz zawartych problemów w procesie badawczym, zastosowano następujące techniki badawcze: obserwację, wywiad, ankietę, badanie dokumentacji i techniki statystyczne.

Pierwszą techniką, którą posłużono się w procesie badawczym w celu uzyskania wiedzy ogólnej o przedmiocie badań była obserwacja. Obserwacja jako technika stosowana w badaniach nie jest samym tylko postrzeganiem faktów, zdarzeń i zjawisk. Zdaniem M. Łobockiego obserwacja to „osobliwy sposób postrzegania, gromadzenia i interpretowania danych, w naturalnym ich przebiegu i pozostających w bezpośrednim zasięgu widzenia i słyszenia obserwatora"[120].

Dla potrzeb niniejszych badań wybrano obserwację bezpośrednią, w której badający ma możliwość bezpośrednio postrzegać interesujące zjawisko. Wartość obserwacji bezpośredniej wynika z jej naturalności. Naturalność obserwacji ma dwa aspekty. Pierwszy dotyczy tego, że obserwacja jest naturalnym dla człowieka sposobem postrzegania świata. Drugi aspekt naturalności obserwacji bezpośredniej wyraża się możliwością poznania zdarzeń w ich niezakłóconym przebiegu. Jest to bardzo ważna właściwość, zwłaszcza w odniesieniu do poznawania ludzi oraz zachodzących między nimi relacji[121]. Technika ta umożliwiła autorowi niniejszych badań zauważenie wielostronnych oddziaływań wychowawczych realizowanych przez rodziców w stosunku do dzieci niepełnosprawnych, a także szerokiego pasma trudności i przeżyć emocjonalnych w życiu rodzinnym z dzieckiem na wielu płaszczyznach funkcjonowania rodziny (akceptacji, reakcji uczuciowych, stosunku do dziecka, radzenia sobie z negatywnymi odczuciami).

Drugą techniką badawczą był wywiad w postaci bezpośredniej rozmowy, który przeprowadzono z wybranymi do badań rodzicami dzieci niepełnosprawnych. Była to rozmowa kierowana z respondentami według pytań wcześniej przygotowanych w kwestionariuszu wywiadu. Badacz posługując się kwestionariuszem wywiadu, dosłownie formułuje pytania osobom badanym, odpowiedzi

---

[120] M. Łobocki, *Metody i techniki badań pedagogicznych*, Kraków 2000, s. 117.

[121] T. Pilch, *Zasady badań pedagogicznych…*, op.cit.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 4491033A63303331

respondentów nanosi na formularz wywiadu. Stosując ten rodzaj czynności badawczej chcieliśmy ujednolicić kryteria odpowiedzi respondentów.

Kwestionariusz wywiadu składał się z 32 pytań, z których 21 stanowiły pytania problemowe, a pozostałe 11 pytań było skategoryzowanych. Zastosowany wywiad konieczny był w procesie badawczym do uzyskania niezbędnych informacji dotyczących trudności opiekuńczo-wychowawczych z dzieckiem niepełnosprawnym w jego środowisku rodzinnym, oddziaływań wychowawczych, zaspokojenia potrzeb opiekuńczych, biologicznych i psychicznych, sfer emocjonalnych w rodzinie, a także akceptacji dziecka i stosunku rodziców do niepełnosprawności dziecka.

Kolejną techniką badawczą zastosowaną w niniejszej pracy była ankieta. Tę czynność badawczą przeprowadzano indywidualnie – przekazując respondentom kwestionariusz ankiety. Zaletą każdej ankiety, również zastosowanej w niniejszym procesie badawczym, jest jej standaryzacja, ponieważ z jednej strony wszyscy respondenci otrzymali te same pytania, stąd też można je porównywać, klasyfikować, sumować i dokonywać wyliczeń statystycznych; z drugiej strony znaczna większość pytań była skategoryzowana, na które respondent miał do wyboru jedną z wielu podanych kafeterii.

Kwestionariusz ankiety zastosowany w procedurze badawczej składał się z 51 pytań, z czego 37 miało charakter skategoryzowany (zamknięty), a 14 pytań było problemowych. Postawione pytania były jasne i zrozumiałe dla badanych rodziców. Liczba pytań nie była zbyt długa, by nie zniechęcić respondentów do jej wypełnienia. Informacje zawarte w odpowiedziach na postawione pytania w kwestionariuszu ankiety dotyczyły przede wszystkim: metod oddziaływania wychowawczego, wykształcenia rodziców, zasad postępowania opiekuńczego z dzieckiem, stosunku rodziców do dziecka, atmosfery życia codziennego, wspomagania i pomocy uzyskiwanej przez różne instytucje, akceptacji dziecka niepełnosprawnego, zaspokojenia potrzeb psychospołecznych oraz świadomości wychowawczo-opiekuńczej rodziców.

W badaniach niniejszej pracy zastosowano również kwestionariusz do badania postaw rodzicielskich w opracowaniu M. Ziemskiej[122]. Technika ta wzbogaciła materiał badawczy o rodzinie, a także dostarczyła bezpośrednie informacje o stosunku rodziców do dziecka, dominujących postaw rodzicielskich wobec dzieci niepełnosprawnych.

---

[122] M. Ziemska, *Kwestionariusz dla rodziców do badania postaw rodzicielskich*, Warszawa 1981.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 4491033A63303331

Dobór technik badawczych, sposób opracowania i wykorzystania kwestionariuszy do badań ma istotne znaczenie dla rzetelności i obiektywności uzyskanych informacji w procesie badawczym.

Organizacja badań oraz charakterystyka populacji badawczej

Organizacja i przebieg badań został ukierunkowany przyjętym wcześniej celem oraz opracowanymi problemami badawczymi.

Diagnozowanie funkcji emocjonalnej i wychowawczej zostało poprzedzone dogłębnymi studiami teoretycznymi nad problematyką niepełnosprawności dzieci i młodzieży oraz opieki, wychowania i rehabilitacji rodzinnej nad dziećmi niepełnosprawnymi.

Drugi etap badawczy skupiał się w sferze ustalenia celu podejmowanych badań, w tym także sformułowaniu problemów szczegółowych oraz opracowaniu hipotez. Dokonano również opracowania technik i narzędzi badawczych koniecznych do przeprowadzenia badań pilotażowych i badań właściwych, które umożliwiłyby weryfikację hipotez.

Dalszym etapem w procesie badawczym było przeprowadzenie badań pilotażowych. Badania te realizowano od maja do grudnia 2002 roku. Badania te zorganizowano w celu weryfikacji opracowanych narzędzi badawczych oraz orzeczenia o ich trafności i rzetelności. Badania pilotażowe pozwoliły stwierdzić, czy pytania zawarte w kwestionariuszach ankiet, wywiadów i postaw rodzicielskich są konkretne, jasne i zrozumiałe przez badanych respondentów – rodziców dzieci niepełnosprawnych. Ponadto na tym etapie badań ustalono trafność i wyczerpujący zakres pytań zgodny z postawionymi problemami i hipotezami badawczymi. Badaniami pilotażowymi objęto 30 rodzin z dzieckiem niepełnosprawnym. W badaniach tych uczestniczył ojciec lub matka dziecka niepełnosprawnego.

Kolejnym etapem w procedurze badawczej były badania właściwe. Rozpoczęto je w lutym 2003 roku i zakończono w styczniu 2005 roku. Dokonano celowego doboru rodzin do procedury badawczej. Kryteria doboru do grupy badawczej stanowiły następujące uwarunkowania:

– rodzina dziecka niepełnosprawnego jest pełna;
– małżonkowie wspólnie opiekują się i wychowują dziecko niepełnosprawne;
– wiek dzieci niepełnosprawnych funkcjonujących w rodzinie wynosi od 0 do 20 lat;
– rodzina zamieszkuje w województwie łódzkim;

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 4491033A63303331

– dobór rodziców pod względem poziomu wykształcenia (podstawowe, zawodowe, średnie i wyższe).

Do badań tych wybrano grupę 258 dzieci niepełnosprawnych i ich rodziców. Dobór niepełnosprawności dzieci był różnorodny i kształtował się następująco:
– niepełnosprawne umysłowo w stopniu lekkim – 54;
– niepełnosprawne umysłowo w stopniu głębszym – 48;
– autystyczne – 14;
– niepełnosprawne sensorycznie (z dużym ubytkiem słuchu bądź wzroku) – 31;
– niepełnosprawne ruchowo – 32;
– niepełnosprawność sprzężona (z porażeniem mózgowia) – 79.

W procesie badawczym poddano badaniom zarówno ojca dziecka niepełnosprawnego, jak i matkę.

W toku prowadzonych badań, z różnych przyczyn (brak zgody rodziców na badania, niepełnosprawność umysłowa rodzica, trudność z wykonaniem badań) wyeliminowano 78 rodziców z dzieckiem niepełnosprawnym. Do ostatecznej analizy wyników badań pozostało 180 dzieci niepełnosprawnych i 360 rodziców tych dzieci, tj. 180 matek i 180 ojców.

Charakterystyka badanej populacji

Wiek badanych rodziców może stanowić o większym bądź mniejszym zaangażowaniu i stosunku respondentów do dziecka niepełnosprawnego. Dane dotyczące wieku badanych rodziców z podziałem na płeć respondentów przedstawiono w tabeli 2.

Tabela 2. **Wiek badanych rodziców z podziałem na badanych ojców i matki**

Lp.	Przedział wiekowy badanych rodziców	Ojcowie		Matki		Ogółem	
		liczba	%	liczba	%	liczba	%
1.	20–30 lat	24	13,3	28	15,6	52	14,4
2.	31–35 lat	36	20,0	37	20,6	73	20,3
3.	36–40 lat	43	23,9	42	23,3	85	23,6
4.	41–45 lat	41	22,8	38	21,1	79	22,0
5.	46–55 lat	36	20,1	35	19,4	71	19,7
6.	Ogółem	180	100,0	180	100,0	360	100,0

Wyniki uzyskane w tabeli 2 wskazują, że najwięcej badanych rodziców jest w przedziale wiekowym od 36 do 40 lat. Najmniej badanych mieści się w grupie wiekowej od 20 do 30 lat – są to najmłodsi rodzice, których dzieci niepełnosprawne są w wieku dziecięcym, tj. od 0 do 7 lat.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 4491033A63303331

Poziom wykształcenia należy do najczulszych wskaźników badawczych mających wpływ na zmienne zależne. Kształtuje on umiejętności wychowawcze, poziom kultury pedagogicznej, a także w większym stopniu dostosowanie się do trudnych sytuacji funkcjonowania rodziny z dzieckiem niepełnosprawnym.

Poziom wykształcenia badanych rodziców przedstawia tabela 3.

Tabela 3. **Poziom wykształcenia badanych rodziców z podziałem na ojców i matki**

Lp.	Poziom wykształcenia rodziców	Ojcowie		Matki		Ogółem	
		liczba	%	liczba	%	liczba	%
1.	Podstawowe	29	16,1	31	17,2	60	16,7
2.	Zawodowe	53	29,4	48	26,7	101	28,1
3.	Średnie	55	30,6	56	31,1	111	30,8
4.	Wyższe	43	23,9	45	25,0	88	24,4
5.	Ogółem	180	100,0	180	100,0	360	100,0

Jak wynika z tabeli 3, najwięcej badanych rodziców jest na poziomie wykształcenia średniego (30,8%), nieco mniej, bo 28,1% legitymuje się wykształceniem zawodowym. Zdecydowanie mniejszy odsetek badanych stanowią rodzice z wykształceniem podstawowym (16,7%). Wykształcenie wyższe reprezentuje prawie co czwarty badany ojciec (23,9%) bądź matka (25,0%), łącznie stanowi to 24,4% badanych respondentów – rodziców, których dzieci są niepełnosprawne.

Środowisko zamieszkania również ma znaczny wpływ na całokształt oddziaływań, świadomość opiekuńczo-wychowawczą oraz postawę rodzicielską względem swych dzieci niepełnosprawnych.

W procesie badawczym uwzględniono zmienną niezależną w postaci rodziców wywodzących się ze środowiska miejskiego i wiejskiego.

Informacje dotyczące miejsca zamieszkania badanych rodzin uwzględniono w tabeli 4.

Tabela 4. **Środowisko zamieszkania badanych rodzin**

Lp.	Środowisko zamieszkania	Liczba	%
1.	Miejskie	214	59,4
2.	Wiejskie	146	40,6
3.	Ogółem	360	100,0

Wyniki przedstawione w tabeli 4 wskazują, że większość badanych rodziców (59,4%) pochodzi ze środowiska miejskiego, natomiast tylko 40,6% rodziców zamieszkuje w środowisku wiejskim. Biorąc pod uwagę fakt badanych rodzin

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 4491033A63303331

z dzieckiem niepełnosprawnym – w badaniach wzięło udział 107 rodzin zamieszkujących w mieście i 73 rodziny mieszkające na wsi.

Dokonując ilościowej charakterystyki dzieci niepełnosprawnych z badanych rodzin, należy stwierdzić, że większą część respondentów stanowiły dziewczęta – 98 badanych, co stanowi 54,4% ogółu badanych dzieci, natomiast pozostałe 82 respondentów to chłopcy.

Wiek badanych dzieci niepełnosprawnych pogrupowano w cztery przedziały. Dane liczbowe dotyczące wieku badanych dzieci niepełnosprawnych zawiera tabela 5.

Tabela 5. **Wiek badanych dzieci z uwzględnieniem określonych przedziałów wiekowych**

Lp.	Przedział wiekowy badanych dzieci	Liczba	%
1.	0–5 lat	38	21,1
2.	6– 0 lat	47	26,1
3.	11–15 lat	54	30,0
4.	16–20 lat	41	22,8
5.	Ogółem	180	100,0

Zbiorcze wyniki dotyczące wieku dzieci niepełnosprawnych z rodzin ujętych w procedurze badawczej dowodzą, że najwięcej dzieci jest z okresu szkoły podstawowej, z przedziału wiekowego 11–15 lat – stanowi to aż 30% dzieci. Z przedziału wiekowego 6–10 lat funkcjonowało w badanych rodzinach – 26,1%. Znacznie mniej dzieci z badanych rodzin jest z klas gimnazjalnych i licealnych – przedział wiekowy 16–20 lat (22,8%). Jeszcze mniejszy odsetek, bo tylko 21,1% ogółu badanych dzieci, był z okresu dziecięcego (niemowlęcy, poniemowlęcy, przedszkolny) – od 0 do 5 roku życia.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 4491033A63303331

ROZDZIAŁ IV

Przeżycia emocjonalne rodziców związane z akceptacją niepełnosprawności dziecka

Rodzina stanowi pewien intymny, wewnętrzny świat, w którym występują przede wszystkim uczucia, emocje, wzajemne podporządkowanie i zależność. Każde małżeństwo pragnie mieć własne, biologiczne dziecko. Rodzice, jeszcze przed urodzeniem dziecka, wiążą z nim określone plany, nadzieje i aspiracje.

W jakim stopniu dziecko jest źródłem radości i w jakim stopniu spełnia oczekiwania rodziców, zależy od wielu czynników, w tym przede wszystkim od złożonego procesu jego rozwoju i wychowania, a także od wrodzonych predyspozycji dziecka, rozumianych jako całość stałych cech fizycznych i psychicznych. Pożądany obraz dziecka kształtuje się pod wpływem społecznych wzorów, pozycji społecznej rodziców, ich aspiracji, środowiska lokalnego i jego kręgu kulturowego. Równie istotny jest tu zasób własnych doświadczeń życiowych rodziców.

Decydując się na dziecko, rodzice muszą wiedzieć, że może być ono nie tylko źródłem radości, dumy, ale i troski, rozczarowania i bólu. W tych niesprzyjających okolicznościach trzeba być z dzieckiem razem, akceptować je i kochać takim, jakie ono jest.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 4491033A63303331

Moment, w którym rodzice dowiadują się, że ich dziecko jest niepełnosprawne, stanowi dla nich silny, negatywny stres. Powoduje on zachwianie dotychczasowej struktury, organizacji i funkcjonowania rodziny. Wszelkie plany, oczekiwania, nadzieje i radość związana z urodzeniem dziecka, jego życiem i sukcesami ulegają zaburzeniu.

Większość rodziców postrzega swoje niepełnosprawne dziecko jako wielki zawód i rozczarowanie, przeżywa z tego powodu ciężki szok bądź załamanie psychiczne. Występuje wówczas zwątpienie, uczucie bezsilności, przerażenie czy też bunt.

Rodzina z niepełnosprawnym dzieckiem jest często także „niepełnosprawną rodziną". Znaczy to, że jest ona w swoim obrazie poszkodowana przez stały i niemożliwy do wyeliminowania czynnik. Oddziałuje on na wszystkie sfery życia rodziny (czas wolny, budżet rodziny, sytuacja małżeńska, rodzeństwo, krewni i przyjaciele, plany na przyszłość, religia i inne)[123].

W procesie badawczym interesowało mnie zagadnienie dotyczące przekonania rodziców o potrzebie urodzenia dziecka. Wyniki badań dowiodły, że rodzice, mimo że zostali przez los obarczeni i skazani na opiekę dzieci niepełnosprawnych i trudności życiowe z nimi związane, w znakomitej większości, bo aż w 94,8% odpowiadali, że „warto mieć dzieci". Badane matki stwierdzały w swych wypowiedziach: „bez dzieci małżeństwo jest niepełne", „dzieci są spełnieniem macierzyństwa", „dziecko jest dla mnie ciepłem rodzinnym i nadaje sens mojemu małżeństwu", „ponieważ jako kobieta czuję się pełnowartościowa i mam cel w życiu", „dzieci obok wielu trosk przysparzają wiele radości, dają rodzicom wiele szczęścia i poczucie bezpieczeństwa w perspektywie starości". Wypowiedzi badanych ojców były podobne: „dzieci są potrzebne w małżeństwie", „jest dla kogo żyć", „bez dzieci życie byłoby puste, są również elementem cementującym związek małżeński", „kocham dzieci, są dla mnie radością i pociechą", „pozwalają poczuć się potrzebnym", „z dziećmi życie jest pełniejsze, bogatsze, a starość weselsza", „dzieci dodają iskry do życia". Najczęściej powtarzającymi się odpowiedziami zarówno matek, jak i ojców było stwierdzenie, że dzieci dają wiele radości, są celem małżeństwa, podstawą rodziny oraz pozwalają poczuć się potrzebnym.

Ta grupa badanych rodziców, choć pokonywała wiele trudności, a nawet wewnętrznych i zewnętrznych upokorzeń z dziećmi niepełnosprawnymi – jest przekonana, że warto w rodzinie mieć dzieci, nawet te upośledzone, bo one też

---

[123] W. Dykcik, *Dziecko niepełnosprawne w rodzinie: treść i zakres odpowiedzialności rodzicielskiej*, [w:] Ossowski R. (red.), *Sytuacja życiowa dziecka niepełnosprawnego w rodzinie*, Bydgoszcz 1993.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 4491033A63303331

dają szczęście rodzicom, nadają sens życiu, utrwalają ich związek małżeński. Tylko 5,2% badanych rodziców, w wyniku doznanych negatywnych przeżyć emocjonalnych związanych z urodzeniem się dziecka niepełnosprawnego, lub pojawieniem się niepełnosprawności w okresie dzieciństwa, stwierdza, że nie warto mieć dzieci, szczególnie tych, które są upośledzone. Wypowiedzi ich potwierdzały tę opinię: „dziecko niepełnosprawne zaburzyło nasze szczęśliwe życie małżeńskie", „musiałam porzucić pracę zawodową, by zająć się dzieckiem niepełnosprawnym", „mąż zaczął nadużywać alkoholu po urodzeniu się dziecka niepełnosprawnego".

Pragnienie dziecka przez małżonków, a potem oczekiwanie na jego urodzenie przyczynia się do tworzenia korzystnego klimatu w życiu małżeńskim i rodzinnym. Wyniki badań dotyczące oczekiwania dziecka przez rodziców są optymistyczne. Na 180 badanych matek aż 177 respondentek (stanowi to 98,3%) wyrażało przekonanie, że narodzone dziecko było przez nie oczekiwane. Niewiele mniej ojców, bo 169 na 180 badanych, tj. 93,8%, oczekiwało urodzin dziecka. Tylko 1,7% badanych matek i aż 6,2% ojców stwierdziło, że narodzone dziecko nie było oczekiwane.

Spośród 11 badanych ojców wyrażających opinię, że narodzone dziecko nie było oczekiwane, przedstawiali następujące przyczyny tej decyzji:
– nie byli jeszcze psychicznie przygotowani do rodzicielstwa – 3 osoby;
– niechciana ciąża u żony – 2 respondentów;
– informacja lekarza o prawdopodobieństwie urodzenia dziecka niepełnosprawnego – 6 badanych ojców.

Wypowiedzi tej grupy ojców świadczą o niechętnej postawie badanych wobec urodzenia się dziecka.

J.K., ojciec, lat 26, wykształcenie średnie: „Po zawarciu związku małżeńskiego chcieliśmy z żoną mieć dziecko. Cieszyliśmy się, gdy żona była w ciąży z Ilonką. Po drugim badaniu, podczas 6 miesiąca ciąży, lekarz poinformował żonę, że podejrzewa w płodzie dziecka pewne mikrouszkodzenia, które mogą powodować uszkodzenie mózgu i niepełnosprawność umysłową dziecka. Informacja ta była dla mnie szokiem psychicznym. Martwiłem się, co będzie z naszym dzieckiem, jakie się ono urodzi. Żona tak nie rozpaczała, jak ja – uspokajała mnie, a nawet pocieszała, że może lekarz się pomylił w swojej diagnozie. Twierdziła też, że jeśli się urodzi dziecko niepełnosprawne, to razem poradzimy sobie w wychowaniu tego dziecka. Ja jednak nie oczekiwałem porodu tego dziecka".

Inna wypowiedź – H.C., ojciec, lat 27, wykształcenie wyższe: „Zakładając rodzinę miałem tylko 23 lata. Byłem na IV roku studiów. Planowaliśmy razem

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 4491033A63303331

z żoną urodzenie dziecka po skończeniu studiów oraz podjęciu i ustabilizowaniu się w pracy zawodowej. Niestety, po trzech latach małżeństwa lekarz stwierdził, że żona jest w ciąży. Wiadomość ta była dla mnie niewiarygodna, gdyż z żoną staraliśmy się stosować środki antykoncepcyjne. Nie mogłem uznać i zaakceptować tej informacji o ciąży u mojej żony, gdyż wszystkie nasze plany, a szczególnie moje, dotyczące pracy zawodowej mogą ulec zburzeniu. Moja żona i najbliższa rodzina (ojciec i matka) pocieszali mnie, obiecywali daleko idącą pomoc materialną i opiekuńczą, a także wspierali psychicznie. Mimo to, uważałem jednak, że dziecko będzie poważną przeszkodą w realizacji planów życiowych i nie oczekiwałem tego dziecka".

Znamienna jest również wypowiedź badanego ojca, Ch.Z., lat 24, wykształcenie średnie: „Po zawarciu związku małżeńskiego nie mieliśmy swojego mieszkania. Żona pracowała, lecz zarabiała mało, więc mieszkaliśmy w małym wynajętym mieszkaniu. Ja poszukiwałem bezskutecznie pracy. Opłacaliśmy z żony pensji czynsz za mieszkanie. Nie wystarczało nam pieniędzy na konsumpcję i ubranie. Stąd też nie myśleliśmy o dziecku, bo ono też kosztuje (jego opieka i wychowanie). Niestety, po roku małżeństwa pojawiła się niechciana ciąża. Urodzenie dziecka z przyczyn ekonomicznych nie było oczekiwane, bo byłem świadomy, że pogorszy to i tak trudne dla nas życie. Płód tego dziecka żona donosiła, ale w domu było wciąż stresujące oczekiwanie na poród dziecka i myślenie, czy poradzimy sobie z opieką i wychowaniem tego dziecka. Nie sądziłem, że trudności te będą w dwójnasób wzmożone, gdyż dziecko urodziło się niepełnosprawne".

Analiza wypowiedzi badanych rodziców – ojca bądź matki, którzy wyrażali negatywne opinie dotyczące narodzin dziecka wskazują, że rodzice ci najczęściej dowodzili, że od strony ekonomicznej i zawodowej nie byli jeszcze odpowiednio ustabilizowani. Stąd też narodziny dziecka poważnie zaburzały dotychczasową sytuację materialną małżonków.

Młodzi małżonkowie z reguły odkładają czas urodzenia pierwszego dziecka, dlatego też pierwsza ciąża małżonki może wydawać się jako przedwczesna. Dziecko z tej niechcianej ciąży nie jest więc oczekiwane przez ojca bądź matkę. Inną cechą charakterystyczną analizy badanych rodziców, którzy nie oczekiwali dziecka, jest brak psychicznej dojrzałości małżonków do ról rodzicielskich.

W badaniach naszych zwróciliśmy uwagę na fakt spełniania przez narodzone dziecko niepełnosprawne oczekiwań rodziców.

Wyniki badań z uwzględnieniem płci badanych rodziców dotyczące spełniania przez dziecko ich oczekiwań przedstawia tabela 6.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 4491033A63303331

Tabela 6. **Spełnianie oczekiwań rodziców przez narodzone dziecko niepełnosprawne**

Lp.	Kategorie odpowiedzi	Ojcowie		Matki		Ogółem	
		liczba	%	liczba	%	liczba	%
1.	Tak	39	21,7	31	17,2	70	19,5
2.	Raczej tak	54	30,0	48	26,7	102	28,3
3.	Raczej nie	42	23,3	57	31,7	99	27,5
4.	Nie	45	25,0	44	24,4	89	24,7
5.	Ogółem	180	100,0	180	100,0	360	100,0

Analiza wyników ujęta w tabeli 6 wskazuje, że tylko 21,7% ojców i jeszcze mniej matek – 17,2% zdecydowanie opowiedziało się, że urodzone dziecko, choć jest niepełnosprawne, jednak sprawiło im zadowolenie i spełniło ich oczekiwania. Więcej pozytywnych emocji wyrażały w badaniach matki, kochały swoje dzieci miłością bezwarunkową, niezależnie od stopnia i rodzaju niepełnosprawności swojego dziecka.

Badane matki, których urodzone dzieci, choć niepełnosprawne, spełniały ich oczekiwania, udzieliły m.in. takich odpowiedzi: „dziecko było śliczne", „bardzo mądre, cudownie się rozwijało", „sprawiało radość, było darem Bożym", „było tak bardzo upragnione", „wypełniło moje życie", „było moje i oczekiwane", „było zdrowe i śliczne", „nie wykazywało żadnych cech dziecka niepełnosprawnego". Natomiast ojcowie odpowiadali: „było to pierwsze dziecko", „czekaliśmy z żoną na narodziny bardzo niecierpliwie", „urodziło się całkiem zdrowe", „przyniosło mi radość jako ojcu", „kocham dzieci, było i jest częścią mnie samego",„jest dla mnie pociechą", „marzyłem o dziecku" itd.

Więcej niż co czwarta badana matka (26,7%) stwierdzała, że urodzenie dziecka raczej spełniło jej oczekiwania. Wypowiedzi respondentek uzyskane w trakcie wywiadu dowodzą o tego typu opiniach. J.K., matka, 26 lat: „Oczekiwania moje były spełnione przez urodzenie dziecka, było ono ładne i kochane jak każde inne dziecko, wymagało jednak większej opieki ze strony mojej i męża, jej niepełnosprawność utrudniała nam od czasu do czasu organizację życia rodzinnego". Inna wypowiedź matki – C.J., lat 27: „Bardzo cieszyliśmy się z dziecka, mimo tego, że lekarze mówili nam, że Daria jest chora; radzili nam, by oddać ją do zakładu. My jednak nie widzieliśmy nic odmiennego w niej. Była ślicznym dzieckiem. Czy spełniała oczekiwania... Każdy rodzic chce mieć zdrowe dziecko, być może pod tym względem nie spełniała ich. Gdy dotarła wreszcie do nas informacja o niepełnosprawności naszego dziecka – byliśmy w szoku. Do tego postawa lekarzy i personelu szpitala, nie pomagała nam zaakceptować tego faktu".

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 4491033A63303331

Niepokojący jest fakt, że aż 52,2% rodziców uznało w badaniach, że ich narodzone dziecko niepełnosprawne nie spełniło oczekiwań rodzicielskich bądź też raczej nie spełniło tych oczekiwań. Rozczarowanie matek było nieco większe, bo wynosiło aż 56,1%. Zdecydowanie negatywnych odpowiedzi co do oczekiwań rodzicielskich w stosunku do swoich dzieci było u kobiet 24,4%.

Charakterystyczne wypowiedzi tych matek to: „nie byłam psychicznie przygotowana do urodzenia dziecka niepełnosprawnego", „nie spełniło moich oczekiwań, ponieważ nie spodziewałam się chorego dziecka", „nie spełniło moich oczekiwań, ponieważ sądzę, że nigdy nie osiągnie odpowiedniej samodzielności, tylko musi liczyć na pomoc drugiej osoby", „nie spodziewałam się, że będzie niesamodzielne i wymagające stałej opieki", „chcieliśmy mieć zdrowe dzieci, nie spodziewałam się jego niepełnosprawności", „nie byłam przygotowana na tak poważną chorobę w postaci niepełnosprawności".

Zdecydowanie negatywnych opinii dotyczących spełnienia oczekiwań przez narodzone dziecko wyraziło 25% ojców. Wypowiedzi ich były w swych treściach podobne do sądów wyrażanych przez matki, np.: „chciałem mieć zdrowe dziecko, ale spotkało nas nieszczęście i urodziło się niepełnosprawne", „oczekując dziecka, nie brałem pod uwagę jego ewentualnej choroby w postaci niepełnosprawności", „choroba dziecka jest dla mnie ogromnym zaskoczeniem", „dziecko rozczarowało mnie, ponieważ urodziło się niepełnosprawne".

Niepokojący jest fakt, że rodzice urodzonego dziecka niepełnosprawnego nie uzyskali wsparcia psychicznego od służby zdrowia. Świadczą o tym relacje badanych matek i ojców podczas prowadzonych wywiadów. J.K., matka, 27 lat, wykształcenie średnie, dowodzi: „Po urodzeniu Ewa była zdrowym dzieckiem. Dopiero około 6 miesiąca życia dostała zapalenia opon mózgowych i to spowodowało tak poważne upośledzenie. Lekarze zaczęli nas wtedy namawiać, żebyśmy oddali dziecko do zakładu opieki całkowitej".

Inna charakterystyczna wypowiedź – Z.L., matka, 28 lat, wykształcenie wyższe: „Piotr po urodzeniu był zdrowym dzieckiem, w drugim czy trzecim dniu po porodzie dostał chrypki. Lekarze podali mu antybiotyk, w konsekwencji leżał dwa tygodnie nieprzytomny i to właśnie spowodowało uszkodzenie mózgu. Lekarze namawiali nas do oddania Łukasza do zakładu".

Podobne w swych treściach jest spostrzeżenie matki – Z.J., 33 lata, wykształcenie zawodowe: „Basia mogłaby być zdrowym dzieckiem... Lekarze podali jej nieodpowiednie środki farmakologiczne. Podejrzewali także zapalenie ucha, bo dziecko płakało – więc podczas zabiegu upośledzili jej bezpowrotnie aparat słuchowy. Ile razy słyszeliśmy od lekarzy, że dziecko nie odzyska słuchu, niepełnosprawność u niej pozostanie. Najgorsze jest to, że nie powstrzymywali się ze swoimi komentarzami nawet przy niej, choć ona to już rozumiała".

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 4491033A63303331

W jakim stopniu oczekiwania rodziców zostały spełnione przez urodzone dzieci niepełnosprawne w środowisku miejskim i wiejskim ukazuje tabela 7.

Tabela 7. **Stopień spełnienia oczekiwań rodziców przez dziecko niepełnosprawne w środowisku miejskim i wiejskim**

Lp.	Kategorie odpowiedzi	Środowisko zamieszkania				Ogółem	
		miejskie*		wiejskie*			
		liczba	%	liczba	%	liczba	%
1.	Tak	51	23,8	19	13,0	70	19,5
2.	Raczej tak	68	31,8	34	23,3	102	28,3
3.	Raczej nie	51	23,8	48	32,9	99	27,5
4.	Nie	44	20,6	45	30,8	89	24,7
5.	Ogółem	214	100,0	146	100,0	360	100,0

* W środowisku miejskim i wiejskim brano pod uwagę badania ojca i matki.

W środowisku miejskim 23,8% badanych rodziców wyrażało opinię, że dziecko, choć urodziło się niepełnosprawne, spełniało jednak ich oczekiwania. Natomiast tylko 13% badanych rodziców ze środowiska wiejskiego stwierdziło, że dziecko niepełnosprawne spełniało ich oczekiwania.

Obliczenia statystyczne wykazały, że χ^2 emp. wynosi 23,815, a χ^2 teor. dla df = 9 i poziomu ufności 0,01 – 21,666. χ^2 emp. > χ^2 teor., co oznacza, że z 1% ryzykiem popełnienia błędu można twierdzić, że oczekiwania rodziców względem dzieci niepełnosprawnych zależą od środowiska zamieszkania badanych rodziców. Wartość współczynnika zbieżności V-Cramera wynosi 0,1968, co oznacza, że badana zależność jest bardzo słaba.

Podobna różnica wyników między rodzicami ze środowiska miejskiego i wiejskiego przejawiała się w kategorii odpowiedzi „raczej tak"; oznacza to, że częściowo, nie w pełni dzieci niepełnosprawne spełniły oczekiwania matki i ojca. Wskaźnik ten wynosi u rodziców mieszkających w mieście aż 31,8%, a u rodziców mieszkających w środowisku wiejskim – 23,3%.

Dzieci niepełnosprawne dla mniejszej części badanych rodziców ze środowiska miejskiego nie spełniły oczekiwań (44,4%), przy czym: raczej nie spełniło oczekiwań – 23,8% i zdecydowanie nie spełniło oczekiwań rodziców – 20,6%. Znacznie więcej badanych rodziców, którzy mieszkają w środowisku wiejskim wyraża pogląd, że narodzone dzieci niepełnosprawne nie zaspokoiły ich oczekiwań rodzicielskich. Odpowiedzi w negatywnych kategoriach było 93, stanowi to 63,7%. Również rodzice mieszkający na wsi w większej liczbie (48 badanych, tj. 32,9%) przejawiają sądy, że dzieci niepełnosprawne raczej

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 4491033A63303331

nie spełniają ich oczekiwań. Niepokojący jest fakt, że prawie co trzeci badany rodzic ze środowiska wiejskiego (30,8%) stwierdza, że jego dziecko nie spełnia oczekiwań, ponieważ urodziło się niepełnosprawne.

Różnice w poglądach dotyczących spełnienia oczekiwań przez dziecko niepełnosprawne między rodzicami ze środowiska miejskiego i wiejskiego wynikają m.in. stąd, że w mieście jest większa anonimowość funkcjonujących rodzin oraz wyższy poziom tolerancji społeczeństwa wobec niepełnosprawności w ogóle, w tym i niepełnosprawności dzieci. Stopień zaspokojenia oczekiwań rodziców przez dziecko niepełnosprawne uwarunkowany jest takimi czynnikami, jak świadomość rodzicielska oraz dostępność różnych ośrodków rehabilitacyjnych i terapeutycznych w miejscu zamieszkania.

Charakterystyczne wypowiedzi badanych rodziców potwierdzają wyrażane poglądy dotyczące uwarunkowań stopnia spełnienia oczekiwań rodziców przez narodzone i funkcjonujące w rodzinie dziecko niepełnosprawne. J.K., matka ze środowiska wiejskiego: „Jasio był oczekiwanym dzieckiem. Zarówno mąż, jak i ja czekaliśmy z utęsknieniem na pierwsze nasze dziecko. Po urodzeniu nic nie wskazywało, że Jasio będzie częściowo niepełnosprawny fizycznie. Lekarze dopiero po sześciu miesiącach postawili diagnozę o chorobie porażenia mózgowego, które miało wpływ na niesprawność fizyczną, ruchową. Mieliśmy tak duże oczekiwania wobec dziecka, lecz choroba jego i niepełnosprawność rozczarowała nas. Ogarnia mnie wstyd wobec sąsiadów i społeczności wiejskiej, że posiadamy dziecko niepełnosprawne. Często mam wyrzuty sumienia, że to moja wina, iż Jasio urodził się z chorobą porażenia mózgowego. Myślę, że też tak mogą sądzić ludzie mieszkający w tej wsi".

Inna wypowiedź matki mieszkającej w środowisku wiejskim, Z.L., która zdecydowanie stwierdziła, że dziecko z niepełnosprawnością nie spełniło ich oczekiwań: „Ewa po urodzeniu była dzieckiem agresywnym i bardzo często płakała. Lekarz w pierwszych miesiącach leczył ją na inne choroby (gardło, bóle brzucha). Dopiero w ósmym miesiącu życia Ewy lekarze stwierdzili, że dziecko ma porażenia mózgowe i występuje porażenie narządu ruchu. Znaczna odległość naszej miejscowości od miasta utrudnia nam rehabilitację Ewy. Ze względu na fakt, że jest ona drugim dzieckiem w rodzinie, stąd też zaniedbaliśmy z mężem starania o jej usprawnienie ruchowe. Niepełnosprawność fizyczna Ewy zaburzyła nasze oczekiwania wobec naszej córki. Brak ćwiczeń usprawniających prowadzonych przez nas i przez ośrodek rehabilitacyjny ze względu na dużą odległość powoduje pogarszanie się sprawności ruchowej u Ewy".

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 4491033A63303331

Bardziej optymistyczne są wypowiedzi rodziców dzieci niepełnosprawnych fizycznie ze środowiska miejskiego. Przykładem tego typu poglądów może być wypowiedź ojca Z.T.: „Lekarze u Małgorzaty stwierdzili w czwartym miesiącu życia chorobę mózgowia, która przyczyniła się do upośledzenia fizycznego. Pomoc medyczna służby zdrowia, duża aktywność ośrodka rehabilitacyjnego, który bardzo dobrze funkcjonuje w naszym mieście spowodowała częściowe usprawnienie narządów ruchu. Małgosia przy naszej znacznej pomocy (ćwiczenia rehabilitacyjne wykonujemy z dzieckiem) w trzecim roku życia zaczęła samodzielnie poruszać się. Widoczne efekty pracy rehabilitacyjnej z dzieckiem, pomoc lekarzy i rehabilitantów, znacznie zmieniły mój i żony stosunek do dziecka. Spełnia ono nasze oczekiwania, jesteśmy z jego postępów, zarówno fizycznych, jak i intelektualnych, dumni".

Inna wypowiedź badanej matki ze środowiska miejskiego, która widząc postępy w usprawnieniu ruchowym u swojego dziecka zmienia poglądy dotyczące spełnianych oczekiwań przez jej niepełnosprawne dziecko. J.C., matka 12-letniego syna ze środowiska miejskiego stwierdza: „Bartek jest chłopcem, który da się lubić zarówno w środowisku lokalnym przez dorosłych, jak w środowisku rówieśniczym. Często przychodzą do niego koledzy i koleżanki, pomagają mu w odrabianiu lekcji, ćwiczą z nim mięśnie nóg i rąk, organizują wspólne zabawy i gry. Uczący go nauczyciel jest zadowolony z postępów szkolnych Bartka. Dużo również wysiłku wkładamy z mężem, by usprawnić jego narządy ruchowe, pomaga nam w tym bliskość ośrodka rehabilitacyjnego, a także wyjazdy do sanatoriów i na wczasy rehabilitacyjne. Dobra atmosfera wokół Bartka ze strony nauczycieli, kolegów, środowiska lokalnego sprawia, że w pełni oczekiwania moje i męża zaspokaja jako nasze kochane dziecko, choć ma niepełnosprawność fizyczną".

Wypowiedzi badanych rodziców dzieci niepełnosprawnych pochodzących ze środowiska miejskiego w pełni dowodzą, że społeczność tych zbiorowisk jest bardziej otwarta na pomoc dziecku niepełnosprawnemu i współdziałania z rodziną tego dziecka. Koleżeńskie spotkania dziecka niepełnosprawnego w domu rodzinnym, życzliwy stosunek otoczenia społecznego do dziecka i jego problemów z niepełnosprawnością, pedagogiczne podejście nauczycieli do tych dzieci powoduje zmianę oczekiwań rodziców od swojego dziecka. Spełnianie oczekiwań rodzicielskich wobec dziecka niepełnosprawnego wzmaga także właściwa opieka lekarska oraz brak utrudnień w dotarciu do ośrodka rehabilitacyjnego.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 4491033A63303331

Jakie poglądy wyrażają rodzice z różnym poziomem wykształcenia dotyczące stopnia zaspokojenia oczekiwań spełnianych przez ich dzieci niepełnosprawne, obrazuje poniższa tabela.

Tabela 8. Stopień zaspokojenia oczekiwań rodziców o różnym poziomie wykształcenia przez narodzone dziecko niepełnosprawne

Lp.	Kategorie odpowiedzi	Poziom wykształcenia rodziców								Ogółem	
		podstawowe		zawodowe		średnie		wyższe			
		liczba	%	liczba	%	liczba	%	liczba	%	liczba	%
1.	W pełni spełniało moje oczekiwania	8	13,3	18	17,8	23	20,7	21	23,9	70	19,5
2.	Częściowo spełniało moje oczekiwania	14	23,3	26	25,8	34	30,6	28	31,8	102	28,3
3.	Raczej nie spełniało moich oczekiwań	19	31,7	29	28,7	31	27,9	20	22,7	99	27,5
4.	Nie spełniało moich oczekiwań	19	31,7	28	27,7	23	20,8	19	21,6	89	24,7
5.	Ogółem	60	100,0	101	100,0	111	100,0	88	100,0	360	100,0

* Przedstawiono poziom wykształcenia obojga rodziców, którzy posiadają dzieci niepełnosprawne fizycznie.

Wyniki badań ujęte w tabeli 8 dowodzą, że im wyższy poziom wykształcenia posiadają rodzice dzieci niepełnosprawnych, tym w większym stopniu dziecko niepełnosprawne zaspokajało oczekiwania rodziców. Rodzice z wykształceniem podstawowym tylko w 13,3% wyrażali pogląd, że ich dziecko w pełni spełnia ich oczekiwania. Analizowany wskaźnik przybiera coraz większy zakres wśród badanych rodziców wraz ze zwiększającym się poziomem wykształcenia. Z wykształceniem zawodowym 17,8% stwierdziło, że narodzone dziecko niepełnosprawne spełniało ich oczekiwania, z wykształceniem średnim już 20,7%, a rodzice z wykształceniem wyższym – prawie co czwarty badany (23,9%) stwierdzał, że dziecko niepełnosprawne w pełni zaspokaja jego oczekiwania.

Podobne wyniki uzyskał badany wskaźnik „częściowo spełnia moje oczekiwania". Z wykształceniem najniższym (podstawowym) badani rodzice przejawiali ten stopień oczekiwań w 23,3%, natomiast wśród rodziców z wyższym wykształceniem aż 31,8% badanych uznawało, że dziecko niepełnosprawne tylko częściowo spełnia ich oczekiwania.

Obliczenia statystyczne wykazały, że na poziomie ufności 0,1 zachodzą różnice między zmienną niezależną – poziomem wykształcenia badanych rodziców a spełnianiem oczekiwań przez dziecko niepełnosprawne (χ^2 emp. wynosi 3,405, a χ^2 teor. dla df = 1 – 2,706). Wartość współczynnika zbieżności

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 4491033A63303331

V-Cramera wynosi 0,1, co oznacza, że zależność między poziomem wykształcenia rodziców a ich oczekiwaniami w stosunku do dziecka niepełnosprawnego jest bardzo słaba.

Rodzice z tych grup badanych, których dzieci, choć niepełnosprawne, przynosiły im zaspokojenie oczekiwań, jakie pragnęli uzyskać wraz z urodzeniem się dziecka, wyrażali swoje poglądy w sposób następujący. M.R. – matka z wykształceniem zawodowym: „Pragnęliśmy mieć dziecko, czekaliśmy na jego urodzenie 6 lat. Po urodzeniu córeczki bardzo cieszyliśmy się. Po sześciu miesiącach lekarz stwierdził, że Ewunia będzie niepełnosprawna fizycznie, gdyż choruje na porażenie mózgowia. Był to dla nas szok psychiczny, lecz szybko odrzuciliśmy z mężem to zmartwienie. Przy naszej znacznej pomocy, opiece i rehabilitacji w trzecim roku życia Ewa zaczęła wolno chodzić. Mimo niepełnosprawności córki, cieszymy się z jej postępów intelektualnych i usprawnienia fizycznego, a w pełni spełnia ona nasze oczekiwania".

Podobny pogląd wyraża ojciec dziecka niepełnosprawnego J.P. – wykształcenie wyższe: „Syn nasz Kamil jest drugim dzieckiem. Chcieliśmy mieć drugiego syna, gdyż pierwsza była córka. Po urodzeniu Kamila nic nie wskazywało, że jego rozwój fizyczny nie będzie przebiegał właściwie. W drugim roku życia lekarz postawił diagnozę, że w wyniku choroby Kamil będzie miał niesprawność ruchową. Przeżyliśmy wówczas wstrząs psychiczny, lecz nie pokazywaliśmy przed dzieckiem naszej rozpaczy. Kamil intelektualnie rozwijał się dobrze, stąd też wspólnym wysiłkiem prowadzimy wielostronne ćwiczenia usprawniające sprawność ruchową. Trudności opiekuńcze i rehabilitacyjne z dzieckiem tworzą jeszcze większe więzi między nami a Kamilem. Dziecko nasze, choć nie w pełni, ale spełnia nasze oczekiwania".

W obydwu przedstawionych przypadkach widoczne postępy w usprawnieniu ruchowym dzieci, które stanowią efekt aktywnej i systematycznej pracy rehabilitacyjnej i opiekuńczej rodziców, sprawiają, że kreuje się między rodzicami i ich dziećmi jedność w myśleniu, przeżywaniu i działaniu. Rodzice, jak i dzieci, pozytywnie reagują na każdy ich sukces. Choć w pierwszym okresie, po usłyszeniu niekorzystnej dla ich dziecka diagnozy lekarskiej, rodzice przeżywali psychiczne zaburzenie, jednak w następnym okresie mobilizowali swoje siły, aktywność i motywację do pomocy dziecku, wytężonej opieki i rehabilitacji jego niepełnosprawności. Każda pozytywna reakcja dziecka, która wskazywała na wyraz wdzięczności pozwalała na coraz większe uświadomienie rodzicom o spełnianiu przez syna czy córkę oczekiwań, jakie mieli przed urodzeniem dziecka.

Niepokoić jednak musi fakt, że aż 63,4% badanych rodziców z podstawowym wykształceniem wyraża przekonanie, że ich dziecko niepełnosprawne

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 4491033A63303331

nie spełnia bądź raczej nie spełnia ich oczekiwań, ponieważ, jak stwierdzają: „utrudnia im życie domowe", „wstydzą się wobec sąsiadów", „muszą mu poświęcać więcej czasu", „mają trudności w sprawowaniu opieki", „nie mają czasu na jego rehabilitację", „nie dorównuje innym dzieciom", „nie może bawić się z kolegami i koleżankami", „będzie miało ciężko w życiu", „nie da sobie rady w samodzielnym przyszłym życiu". Takie i inne podobne opinie rodziców z wykształceniem podstawowym dowodzą, że oczekiwali oni na dziecko pełnosprawne i zdrowe, nie mogą jednak pogodzić się z urodzeniem i wychowywaniem dziecka niepełnosprawnego. Dziecko to jest dla tych rodziców pewnym ciężarem, przynoszącym kłopotliwe sytuacje w środowisku rodzinnym i lokalnym.

Mniejszy odsetek badanych rodziców z wykształceniem wyższym (44,3%), w porównaniu z badanymi z wykształceniem podstawowym jest zdania, że dziecko niepełnosprawne nie spełniło ich oczekiwań bądź raczej nie spełniło ich oczekiwań. Wypowiedzi rodziców z tej grupy badanych są następujące: „utrudnia nam karierę zawodową", „nie mamy czasu na opiekę nad dzieckiem niepełnosprawnym", „trudno jest o właściwą rehabilitację dziecka", „oczekiwaliśmy dziecka zdrowego", „trudno nam się pogodzić z niepełnosprawnością dziecka".

Opinie badanych rodziców z wykształceniem wyższym wskazują na uciążliwość fizyczną i psychiczną ojców i matek w związku z opieką i wychowaniem dziecka niepełnosprawnego. Ponadto wskutek upośledzenia dziecka została zachwiana kariera zawodowa jednego bądź obojga rodziców.

Istotnym czynnikiem dla akceptacji dziecka niepełnosprawnego przez rodziców jest okres życia dziecka, w którym rodzice zostali poinformowani o niepełnosprawności.

Dane dotyczące czasu (okresu), w którym rodzice dowiedzieli się o niepełnosprawności swojego dziecka przedstawia tabela 9.

Wyniki przedstawione w tabeli 9 dowodzą, że tylko 14 rodziców (tj. 3,9% badanych), w tym 8 matek (4,5%) i 6 ojców (3,4%) uzyskało informację od lekarzy o prawdopodobieństwie niepełnosprawności ich dziecka już w okresie życia płodowego dziecka. Wypowiedzi tej badanej grupy rodziców w toku wywiadów skupiają się wokół następujących charakterystycznych stwierdzeń. J.K., matka: „Dowiedziałam się, że moje dziecko będzie miało wady rozwojowe, gdy byłam w szóstym miesiącu ciąży. Już za późno było na usunięcie ciąży, więc z bólem serca musiałam urodzić dziecko, wiedząc o tym, że będzie ono niepełnosprawne". Inna wypowiedź matki, Z.L.: „Lekarze przekazali mi informację, że dziecko nie rozwija się prawidłowo, proponowali mi nawet usunięcie

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 4491033A63303331

ciąży. Ja jednak ze względu na głęboką wiarę religijną, nie zgodziłam się na usunięcie mojej ciąży. Uznałam, że takie jest przeznaczenie mojego dziecka i moje doświadczenie życiowe". Inna wypowiedź matki J.Z.: „Lekarze po wykonaniu USG poinformowali mnie o prawdopodobieństwie urodzenia dziecka z porażeniem mózgowia. Ja jednak nie dowierzałam im, tak bardzo pragnęłam mieć dziecko, że nie docierała do mnie tak bolesna wiadomość".

Tabela 9. **Okres życia, w którym badani rodzice dowiedzieli się o niepełnosprawności dziecka**

Lp.	Okres, w którym rodzice uzyskali informację o niepełnosprawności	Ojcowie		Matki		Ogółem	
		liczba	%	liczba	%	liczba	%
1.	W okresie życia płodowego	6	3,4	8	4,5	14	3,9
2.	W pierwszym okresie po urodzeniu dziecka	51	28,3	76	42,2	127	35,3
3.	W pierwszych latach życia dziecka	123	68,3	96	53,3	219	60,8
4.	Ogółem	180	100,0	180	100,0	360	100,0

Uogólniając wypowiedzi z tej grupy badanych rodziców, należy sformułować następujące wnioski:

– rodzice o chorobie niepełnosprawności przyszłego dziecka uzyskali informację w czasie, kiedy płód był w takim stopniu rozwoju, który nie pozwalał na jego aborcję;
– głęboka wiara religijna, mimo możliwości aborcji płodu uszkodzonego chorobą, utwierdzała w przekonaniu, że matka musi urodzić dziecko, nawet z pewną niepełnosprawnością;
– chęć posiadania dziecka przez rodziców, szczególnie matkę, nie dopuszcza wiary w prawdziwość informacji lekarza, że jej dziecko może urodzić się z niesprawnością w wyniku choroby.

Analiza wyników w tabeli 9 wskazuje, że 127 badanych rodziców, tj. 35,3% uzyskało informację w pierwszych dniach po porodzie, że ich dziecko będzie niepełnosprawne. Przy czym więcej badanych matek (42,2%) niż ojców (28,3%) dowiedziało się od lekarza czy też pielęgniarki o niepełnosprawności dziecka w pierwszym okresie po jego urodzeniu, lub też zaraz po porodzie. Świadczą o tych informacjach przykłady wypowiedzi badanych matek i ojców. Pełna emocji wypowiedź matki L.M.: „Dowiedziałam się od lekarza odbierającego dziecko przy porodzie, że będzie ono niepełnosprawne. Stwierdził, że dziecko nie będzie chodzić i późno siedzieć. Będzie miało zanik mięśni". Inna charakterystyczna wypowiedź Z.L. – ojca: „Po urodzeniu dziecka lekarz poprosił mnie do gabinetu, by poinformować o niepełnosprawności naszego dziecka".

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 4491033A63303331

H.M.: „Dowiedziałam się razem z mężem tuż po porodzie od lekarza-położnika, który powiedział, że będziemy mieć duże problemy i trudności z dzieckiem, bo urodziło się z porażeniem mózgowia".

Pozostałe 219 badanych osób – stanowi to 60,9% – stwierdza w badaniach, że informacje od lekarzy uzyskały w pierwszych latach życia dziecka. Część jednak z tych rodziców – 27,4% dowodzi, że po urodzeniu ich dziecko było zdrowe i sprawne fizycznie i umysłowo. Choroba dziecka ujawniła się dopiero w drugim bądź trzecim roku życia. Wypowiedzi badanych rodziców potwierdzają fakt uzyskania informacji o niepełnosprawności ich dziecka w pierwszych latach jego życia. Z.L., matka dziecka 8-letniego: „Moje dziecko po urodzeniu nie wskazywało na niepełnosprawność. Cieszyłam się z mężem z jej urodzenia. Było to dla nas pierwsze i oczekiwane dziecko. Lekarz nie rozpoznał choroby mojej córki, mimo że ona często płakała i była wciąż niespokojna. Dopiero po pierwszym roku życia dziecka, po mojej sugestii lekarz oznajmił mi i mojemu mężowi, że córka nasza ma lekkie porażenie mózgowe i będzie miała trudności ruchowe, ponieważ uszkodzony jest ośrodek ruchowy w mózgu. Miałam do lekarza krytyczne uwagi, gdyż przy wcześniejszych badaniach nie potrafił określić rzeczywistego stanu rozwojowego".

Inna charakterystyczna opinia badanego ojca, który również został poinformowany przez lekarza o niepełnosprawności dziecka w drugim roku jego życia. K.L., ojciec dziecka 10-letniego: „Syn mój urodził się ładny i jak stwierdził lekarz – zdrowy. Żona dbała o rozwój dziecka, opiekowała się nim i uczestniczyła we wszystkich badaniach lekarskich. Dziecko w codziennych kontaktach i funkcjonowaniu było nerwowe i niespokojne. Po roku życia dziecka zauważyliśmy z żoną, że dziecko gorzej rozwija się ruchowo i intelektualnie od innych dzieci. Po dokładnych badaniach lekarskich neurolog stwierdził, że dziecko będzie niepełnosprawne. Przyczyną tej niepełnosprawności jest choroba dziecka w postaci porażenia mózgowego. Miałem pretensje i żal do lekarza, który opiekował się dzieckiem, gdyż wcześniejsze rozpoznanie niepełnosprawności można byłoby leczyć i eliminować ten niedorozwój ruchowy".

Analiza podanych przypadków dowodzi, że rodzice począwszy od urodzenia dziecka opiekowali się nim, również opieka lekarska była zapewniona. Rodzice wyrażali żal i krytykę służby medycznej, że nie potrafiła wcześniej rozpoznać choroby dziecka i przekazać informacji matce czy ojcu o jego niepełnosprawności. Badani rodzice słuszny wyrażają pogląd, że każde opóźnienie rozpoznania choroby dziecka opóźnia także jego wczesną rehabilitację i rewalidację.

W procesie badawczym uzyskaliśmy również wiedzę dotyczącą źródła pierwszej informacji o niepełnosprawności dziecka. Z analizy wyników badań wynika, że aż 86,4% matek i 73,2% ojców o chorobie ich dziecka poinformował

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 4491033A63303331

lekarz. Badani rodzice stwierdzali: „Lekarz poinformował nas w trakcie choroby dziecka", „o niepełnosprawności dziecka powiedział nam lekarz pediatra w szpitalu", „po urodzeniu dziecka lekarz w szpitalu stwierdził porażenie mózgowe u dziecka i wyraził opinię o trudnościach w fizycznym rozwoju dziecka", „poinformował nas lekarz w oddziale neurologicznym", „ordynator oddziału dziecięcego, gdy nasze dziecko leżało w szpitalu".

Niepokojący jest fakt, że stosunkowo duża grupa badanych matek (9,4%) i ojców (6,7%) w sposób intuicyjny, w drodze własnej obserwacji i refleksji rodzicielskiej zwróciła uwagę na nieprawidłowy i opóźniający się rozwój szczególnie sfer ruchowych u ich dzieci. Rodzice z tej grupy badanych udzielali następujących wypowiedzi: „zauważyliśmy sami, druga córka w tym samym wieku była bardziej rozwinięta, sama już chodziła", „sami zwróciliśmy uwagę na nieprawidłowy rozwój naszego dziecka, lekarz potwierdził nasze przypuszczenia", „sam doszedłem do diagnozy o zaburzeniu rozwojowym dziecka", „sama doszłam do rozpoznania choroby u naszego dziecka, prosiłam o potwierdzenie tego przypuszczenia przez lekarza pediatrę".

Niewielka część badanych rodziców (4,2% matek i 3,7% ojców) stwierdza, że pierwszą informację lub przypuszczalną wiadomość dotyczącą pewnych nieprawidłowości w rozwoju ich dziecka uzyskali od pielęgniarki, znajomych, krewnych (dalszej i bliższej rodziny). Osoby te obserwując niewłaściwe zachowanie dziecka, np. częsty płacz, niewłaściwe ułożenie ciała podczas snu i noszenia dziecka, trudności z zasypianiem – przekazywały informacje rodzicom, że tego typu zachowanie dziecka może wynikać np. z porażenia mózgowego. Po dokładniejszych badaniach, lekarze potwierdzali diagnozę o chorobie dziecka, która niesie z sobą niepełnosprawność fizyczną bądź psychiczną.

Pozostała część badanych ojców (16,4%) wyraziła opinię, że pierwszą informację o niepełnosprawności ich dziecka uzyskali od żony. Stwierdzali oni: „dowiedziałem się od żony", „powiedziała mi żona, jak poszedłem po porodzie do szpitala", „pierwsze informacje uzyskałem od żony, wówczas gdy wróciła z badań neurologicznych naszego dziecka".

Uzyskanie przez rodziców pierwszej informacji o chorobie dziecka, która powodować będzie jego niepełnosprawność fizyczną bądź psychiczną, wywoływała różne reakcje. Skala negatywnych uczuć psychicznych związana z przeżywaniem upośledzenia dziecka, a szczególnie samego faktu przyjęcia do świadomości tej bolesnej informacji przez rodziców jest ogromna. Wiele miejsca zajmuje tu ból psychiczny, smutek, cierpienie, rozpacz, strach, pretensje i inne.

Negatywne reakcje rodziców na uzyskaną informację o chorobie dziecka związanej z niepełnosprawnością fizyczną przedstawia tabela 10.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 4491033A63303331

Tabela 10. **Reakcje rodziców na wiadomość o niepełnosprawności dziecka***

Lp.	Reakcje psychiczne rodziców	Ojcowie		Matki		Ogółem	
		liczba	%	liczba	%	liczba	%
1.	Przerażenie, bunt i strach	10	5,6	14	7,8	24	6,7
2.	Rozgoryczenie, żal i pretensje	8	4,4	17	9,4	25	6,9
3.	Ból	11	6,1	19	10,6	30	8,3
4.	Załamanie psychiczne	12	6,7	18	10,0	30	8,3
5.	Rozpacz	17	9,4	27	15,0	44	12,2
6.	Szok i wstrząs psychiczny	18	10,0	21	11,7	39	10,8
7.	Zaskoczenie, zdziwienie	23	12,8	24	13,3	47	13,1
8.	Nie mogłem(am) się z tym pogodzić	16	8,9	17	9,4	33	9,2
9.	Niedowierzanie	17	9,4	20	11,1	37	10,3
10.	Zmartwiłem(am) się	24	13,3	23	12,8	47	13,1
11.	Było mi przykro i nieprzyjemnie	21	11,7	22	12,2	43	11,9
12.	Przyjąłem (przyjęłam) spokojnie	8	4,4	7	3,9	15	4,2
13.	Ogółem	185	102,8	229	127,2	414	115,0

* Odpowiedzi nie sumują się do 100%, gdyż badani mogli podać więcej odpowiedzi niż jedną.

Niezmiernie bogata jest skala negatywnych uczuć psychicznych, które powstają w wyniku samego faktu przyjęcia do wiadomości i świadomości matki i ojca tej bolesnej informacji dotyczącej niepełnosprawności ich dziecka.

Reakcje psychiczne matek na uzyskaną informację od lekarza o chorobie dziecka, która powodować będzie niepełnosprawność, były w większym zakresie i stopniu u matek niż ojców. Każda z wymienionych negatywnych reakcji psychicznych u kobiet przewyższała negatywne przeżycia mężczyzn poza jednym wskaźnikiem: „zmartwiłem się". Najwięcej badanych matek zareagowało rozpaczą (15%), zmartwieniem (12,8%) i dużą przykrością (12,2%). Aż 11,7% matek przeżyło szok i wstrząs psychiczny na wiadomość o niesprawności dziecka. Stopień negatywnych psychicznych doznań u rodziców jest tym większy, im wcześniej po urodzeniu dziecka uzyskają informację o jego chorobie.

Wypowiedzi badanych rodziców świadczą o bolesnej dla nich informacji dotyczącej choroby dziecka, która powoduje negatywne reakcje psychiczne. Stwierdzenia matek w tej sferze badań były następujące: „nie mogłam się pogodzić z faktem, że moje dziecko będzie niepełnosprawne, czułam żal i pretensje do lekarzy", „czułam żal i rozgoryczenie do całego świata", „sądziłam, że po urodzeniu dziecko moje było zdrowe, po przekazaniu informacji o chorobie dziecka byłam

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 4491033A63303331

przerażona tym faktem", „gdy lekarz powiedział mi, że dziecko moje będzie niepełnosprawne, było mi ciężko, czułam strach i jednocześnie bunt: dlaczego to dotknęło moje dziecko", „po uzyskaniu informacji o chorobie mojego dziecka, najpierw niedowierzałam, a potem nastąpiła rozpacz", „wiadomość o chorobie dziecka wywołała u mnie załamanie i niepewność dotyczącą przyszłości dziecka", „gdy lekarz powiedział mi o niepełnosprawności dziecka, czułam, że świat się nagle zawalił, nic nie potrafiło mnie ucieszyć", „wieść o chorobie dziecka spowodowała wstrząs psychiczny i załamanie nerwowe", „byłam zdruzgotana psychicznie, nie mogłam uwierzyć, że spotkało to właśnie mnie", „jak dowiedziałam się, że moje dziecko będzie niepełnosprawne, czułam ból i nieustający płacz", „czułam rozpacz, a potem bunt – dlaczego mnie to spotkało", „na początku był to olbrzymi dla mnie szok, nie spodziewałam się takiej strasznej wiadomości".

Badani ojcowie z mniejszym nasileniem negatywnych reakcji psychicznych przedstawili swoje przeżycia emocjonalne po uzyskaniu informacji o chorobie dziecka, która powodowała jego niepełnosprawność. Odpowiadali oni m.in.: „po uzyskaniu informacji o niepełnosprawności naszego dziecka, nie mogłem w nią uwierzyć, przecież moja żona dobrze czuła się podczas ciąży", „gdy dowiedziałem się o chorobie mojego dziecka, wówczas zmartwiłem się i myślałem, co będzie dalej z jego rozwojem", „żona przekazała mi informację o chorobie naszego dziecka, było mi wtedy przykro i nieprzyjemnie".

Były także wypowiedzi ojców bardziej dramatyczne, które wyrażały się stwierdzeniami: „informacja o niepełnosprawności mojego dziecka wywołała u mnie szok psychiczny", „gdy dowiedziałem się o chorobie dziecka, przeżyłem tragedię, gdyż mój syn nie będzie nigdy mógł rozwijać się jak inne dzieci", „czułem olbrzymie załamanie psychiczne – żal mi było córeczki i żony, która też odczuwała tragedię".

Niewielu spośród badanych rodziców, bo tylko 15 osób (stanowi to 4,2%) potrafiło przyjąć informację o chorobie dziecka, której skutkiem będzie niepełnosprawność fizyczna, w sposób spokojny, bez negatywnych emocji objawiającej się szokiem, stresem, bólem, rozpaczą czy załamaniem psychicznym. Rodzice z tej grupy badanych dowodzili, że „przyjąłem ze spokojem tę trudną dla mnie informację o chorobie naszego dziecka, będę go kochał takie jakie jest, ze wszystkimi jego ułomnościami". Inna, podobna w swej treści wypowiedź: „pragnęłam tego dziecka, jak każda matka, miałam względem niego pewne oczekiwania, jednak lekarz powiedział mi i mężowi, że nasze dziecko będzie niepełnosprawne; przyjęłam to ze spokojem, choć mąż był zmartwiony tą informacją".

Spośród 15 rodziców, którzy przyjęli ze spokojem informację o chorobie i niepełnosprawności dziecka, aż 7 z nich legitymowało się wykształceniem

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 4491033A63303331

wyższym (stanowi to 7,9% badanych z tej grupy), czworo, tj. 3,6% – wykształceniem średnim, troje rodziców (3%) miało ukończoną szkołę zawodową, tylko jedna badana matka z wykształceniem podstawowym (1,7%) nie wyrażała negatywnych emocji.

Należy zatem wyrazić pogląd, że odsetek rodziców, którzy przyjęli ze spokojem urodzenie dziecka niepełnosprawnego jest większy z wykształceniem wyższym, natomiast znacznie mniej badanych rodziców legitymujących się wykształceniem podstawowym wyrażało względne opanowanie negatywnych emocji psychicznych.

Narodziny zarówno dziecka zdrowego, jak i niepełnosprawnego pociągają za sobą duże zmiany w życiu rodziny. Zwykle następuje reorganizacja dotychczasowego stylu życia, zmieniają się relacje pomiędzy członkami rodziny, wyzwalają się uczucia opiekuńczości i odpowiedzialności. Narodzinom dziecka zdrowego towarzyszy zwykle atmosfera radości i dumy z nowego członka rodziny. Rodzice zawsze oczekują dziecka zdrowego i sprawnego. W sytuacjach kiedy wiadomo, że dziecko nie jest w pełni zdrowe i będzie się gorzej rozwijać, że jest niepełnosprawne, postawa akceptująca rodziców, wyrażająca miłość od momentu narodzin dziecka zaczyna ulegać pewnym zmianom. Najczęściej wiadomość o niepełnosprawności dziecka w sposób dramatyczny zmienia również sytuację całej rodziny. Powoduje konsekwencje zarówno w sferze doznań psychicznych rodziców, jak i w ich codziennej organizacji życia domowego.

Rodzice dzieci niepełnosprawnych doznają tak silnych przeżyć emocjonalnych, że mówi się nawet o wstrząsie psychicznym, który jest tym mocniejszy, im głębsze i poważniejsze jest upośledzenie.

Procesowi akceptacji przez rodziców dziecka niepełnosprawnego towarzyszy wiele emocji i różnorodna skala uczuć. Droga do akceptacji wiedzie zawsze przez fazę walki, zaprzeczenia i wyrzutów sumienia. Rodzicom na ogół trudno jest pogodzić się z myślą, że ich dziecko jest niepełnosprawne. W pierwszych miesiącach życia dziecka, jak dowodzi K. Boczar[124], stanowi dla rodziców cios trudny do zniesienia i powodujący silny wstrząs uczuciowy.

Rodziny, w których następuje narodzenie się chorego, niepełnosprawnego dziecka, są nieszczęśliwe na swój niepowtarzalny sposób. Jest to indywidualny akt przeżywania oraz swoisty sposób radzenia sobie z sytuacją trudną. Zarówno czas trwania procesu akceptacji, jak i sam przebieg jest różny dla poszczególnych rodzin.

Jak długo trwał proces zaakceptowania niepełnosprawności dziecka w przypadku badanych rodzin, przedstawia tabela 11.

---

[124] K. Boczar, *Młodzież umysłowo upośledzona w rodzinie i środowisku pracy*, Warszawa 1982.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 4491033A63303331

Tabela 11. **Czas trwania procesu akceptacji dziecka niepełnosprawnego przez rodziców**

Lp.	Czas trwania procesu akceptacji dziecka	Ojcowie		Matki		Ogółem	
		liczba	%	liczba	%	liczba	%
1.	Bezpośrednio po uzyskaniu informacji	32	17,8	46	25,5	78	21,7
2.	W pierwszym miesiącu po informacji lekarza	59	32,8	52	34,4	121	33,6
3.	W okresie dłuższym niż miesiąc czasu	51	28,3	37	20,6	88	27,4
4.	Trwa nadal	38	21,1	35	19,5	73	20,3
5.	Ogółem	180	100,0	180	100,0	360	100,0

Wyniki badań ukazane w tabeli 11 dowodzą, że 78 badanych (stanowi to 21,7% rodziców) zaakceptowało swoje dziecko niepełnosprawne bezpośrednio po uzyskaniu informacji od lekarza. W czasie pierwszego miesiąca proces akceptacji dziecka niepełnosprawnego nastąpił u znacznie większej liczby badanych rodziców – 121 (wynosi to 33,6%). Prawie co czwarty badany rodzic – 24,4% sądzi, że akceptacja dziecka niepełnosprawnego następowała bardzo wolno, gdyż czas tego procesu był dłuższy niż okres jednego miesiąca. Niepokojące jest zjawisko, że więcej niż co piąta badana osoba (20,3%) wyraża przekonanie, że dziecko w dalszym ciągu nie jest w pełni akceptowane. Proces akceptacji dziecka niepełnosprawnego w dalszym ciągu trwa.

Czas trwania akceptacji dziecka niepełnosprawnego u badanych matek trwał krócej niż u badanych ojców. Bezpośrednio po uzyskaniu informacji bądź w pierwszym miesiącu czasu dziecko zaakceptowało aż 108 badanych matek (59,9%), natomiast ten sam wskaźnik badanych ojców przejawiało tylko 98 osób – stanowi to 54,4%. Największa jednak różnica między badanymi matkami i ojcami występuje w akceptacji dziecka bezpośrednio po uzyskaniu informacji o jego niepełnosprawności – 25,5% matek pogodziło się z faktem choroby dziecka, a tylko 17,8% ojców od razu zaakceptowało dziecko w stanie niepełnej sprawności.

W tej grupie badanych matki wypowiadały się następująco: „zaakceptowałam chorobę dziecka od razu", „bezpośrednio po uzyskaniu informacji od lekarza uznałam moje dziecko niepełnosprawne", „gdy lekarz powiedział mi o niepełnosprawności mojej córki, od razu przyjęłam do serca moje dziecko".

Podobnie ojcowie przedstawiali poglądy, lecz mniej uczuciowo je wyrażali: „trzeba było się z tym pogodzić", „akceptuję jego chorobę", „bezpośrednio po uzyskaniu informacji".

Niewiele więcej badanych matek (62 osoby, tj. 34,4%) niż ojców (59 respondentów, stanowi to 32,8%) wypowiadało pogląd, że proces akceptacji

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 4491033A63303331

ich niepełnosprawnego dziecka przebiegał w czasie dość krótkim, gdyż nie przekroczył on jednego miesiąca. Wypowiedzi matek z tej grupy badanych wskazują na duże zaangażowanie emocjonalne i chęć wsparcia psychicznego i fizycznego dziecka niepełnosprawnego: „akceptacja naszego dziecka nie trwała długo, pragnę przekazać mu dużo miłości i opieki", „nie trwało to długo (może jeden tydzień), starałam się dać dziecku dużo szczęścia i rehabilitacji", „krótko, pogodziłam się z tą myślą bardzo szybko, od czasu, kiedy dowiedziałam się o chorobie dziecka".

Proces akceptacji dziecka niepełnosprawnego trwał także w okresie dłuższym niż miesiąc czasu u 88 badanych rodziców, stanowi to 24,4% respondentów. Należy zwrócić uwagę na fakt, że u badanych ojców proces ten przebiega w szerszym zakresie (28,3%) niż u matek (20,6%).

Obliczenia statystyczne wykazały, że χ^2 emp. wynosi 0,193, a χ^2 teoret. dla df = 3 i poziomu ufności 0,05 – 7,815. χ^2 emp. < χ^2 teoret., co oznacza, że nie ma różnicy statystycznej w procesie akceptacji dziecka niepełnosprawnego przez badanych ojców i badane matki.

Wypowiedzi tej grupy badanych matek są następujące: „proces akceptacji trwał dość długo, choć starałam się dziecku dać jak najwięcej opieki", „bardzo długo proces akceptacji mojego dziecka niepełnosprawnego trwał, mimo to otaczałam go pełną serdecznością". Ojcowie wypowiadali się z mniejszym natężeniem emocjonalnym: „kilka miesięcy trwał u mnie proces akceptacji dziecka niepełnosprawnego", „około trzech lat, do chwili, kiedy dziecko nasze zaczęło mówić".

Niepokoić musi również zjawisko procesu akceptacji pewnej grupy rodziców dzieci niepełnosprawnych. Więcej niż co piąty badany rodzic (20,3%) wyraził pogląd, że proces akceptacji urodzonego dziecka niepełnosprawnego trwa nadal. Przy czym 19,5% matek dowodzi w trakcie badań, że proces akceptacji dziecka „trwa do dziś, nie potrafię się z tym pogodzić, ale wychowuję i opiekuję się nim tak jak potrafię", „proces ten trwa do dzisiejszego dnia, ale muszę się z chorobą syna oswajać i pomagać mu w rehabilitacji", „akceptacja mojego dziecka, a szczególnie jej choroby trwa, potęguje się bunt we mnie przy chorobie i problemach opiekuńczo-wychowawczych", „nie zaakceptowałam choroby syna i błędnej diagnozy lekarskiej, ale muszę z tym żyć i wspomagać dziecko w rehabilitacji ruchowej".

Trauma rodziców związana z narodzinami dziecka niepełnosprawnego jest zróżnicowana. Rodzice zmagają się z bólem psychicznym, podejmują wielostronne działania, by proces akceptacji dziecka niepełnosprawnego był krótki. Stanowi on o sile emocjonalnych stosunków między rodzicami a dzieckiem, które są tak istotne w dalszym jego rozwoju, zarówno fizycznym, jak i psychicznym.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 4491033A63303331

Poziom wykształcenia rodziców jest ważnym czynnikiem, który decyduje o ich stosunku, opiece i wychowaniu dziecka niepełnosprawnego. Jak przebiegał proces akceptacji dziecka niepełnosprawnego przez rodziców z różnym poziomem wykształcenia, przedstawia tabela 12.

Tabela 12. **Okres czasu trwania procesu akceptacji dziecka niepełnosprawnego przez rodziców o różnym poziomie wykształcenia**

Lp.	Czas trwania akceptacji dziecka	Wykształcenie rodziców								Ogółem	
		podstawowe		zawodowe		średnie		wyższe			
		liczba	%	liczba	%	liczba	%	liczba	%	liczba	%
1.	Bezpośrednio po uzyskaniu informacji	9	16,0	18	17,8	25	22,5	26	29,5	78	21,7
2.	W pierwszym miesiącu po informacji lekarza	17	28,3	29	28,7	38	34,3	37	42,1	121	33,6
3.	W okresie dłuższym niż miesiąc czasu	15	25,0	30	30,7	29	26,1	14	15,9	88	24,4
4.	Trwa nadal	19	31,7	24	22,8	19	17,1	11	12,5	73	20,3
5.	Ogółem	60	100,0	101	100,0	111	100,0	88	100,0	360	100,0

Wyniki badań podane w tabeli 12 wskazują na pewne prawidłowości. Im wyższe wykształcenie posiadają badani rodzice, tym większy odsetek respondentów akceptuje dziecko niepełnosprawne bezpośrednio po uzyskaniu informacji od lekarza o jego chorobie. Rodzice z podstawowym wykształceniem tylko w 16% opowiadają się za pełną akceptacją dziecka niepełnosprawnego już w czasie uzyskania informacji od lekarza, natomiast z wykształceniem zawodowym – 17,8%, średnim – 22,5%, a wyższym aż 29,5%.

Akceptacja dziecka przez rodziców, takim jakie się urodzi, z wszelkimi jego ułomnościami wynika z pewnością z kilku uwarunkowań: oczekiwania na dziecko, postaw rodzicielskich wobec narodzonego dziecka, a także kultury pedagogicznej rodziców i stopnia przygotowania ich przez lekarza do niepełnosprawności dziecka.

Potwierdzeniem tych uogólnień są wypowiedzi badanych rodziców: J.K., wykształcenie wyższe: „Oczekiwałam tego dziecka, narodziło się po 7 latach życia małżeńskiego. Przekazana przez lekarza wiadomość, że jest to dziecko niepełnosprawne spowodowała, że przeżyłam najpierw szok psychiczny, mimo to przyjęłam moje dziecko z pełną życzliwością, miłością i postanowieniem leczenia jego niepełnosprawności". Inna wypowiedź ojca – Z.N., wykształcenie średnie: „Informację o chorobie naszego dziecka uzyskałem od żony. Przyją-

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 4491033A63303331

łem ją ze spokojem. Akceptując w pełni nasze dziecko, przyrzekłem żonie, że poświęcę wszystkie moje siły, by wspomagać je, usprawniając siły fizyczne i ruchowe".

Podobny, systematyczny wzrost akceptacji dziecka niepełnosprawnego przez rodziców kształtował się we wskaźniku dotyczącym „w pierwszym miesiącu po uzyskaniu informacji od lekarza o chorobie dziecka". Wraz ze wzrostem poziomu wykształcenia następuje również większy zakres akceptacji rodziców. Uwidaczniają się różnice szczególnie między grupą rodziców z wykształceniem podstawowym (28,3%) a rodzicami z wykształceniem średnim (34,3%) i grupą badanych rodziców z wykształceniem wyższym (42,1%).

Obliczenia statystyczne wykazały, że χ^2 emp. wynosi 22,318, a χ^2 teor. dla df = 9 i poziomu ufności 0,01 – 20,126. χ^2 emp. > χ^2 teor., co oznacza, że z 1% ryzykiem popełnienia błędu można twierdzić, że poziom wykształcenia rodziców ma wpływ na proces akceptacji dziecka niepełnosprawnego w rodzinie. Badana zależność jest bardzo słaba, gdyż wartość współczynnika zbieżności V-Cramera wynosi 0,1876.

Rodzice ci, przede wszystkim z wyższym wykształceniem, po silnym lecz krótkotrwałym szoku emocjonalnym rozpoczęli aktywnie zdobywać wiedzę na temat dziecka niepełnosprawnego, opieki nad dzieckiem, sposobach jego rehabilitacji, możliwości wspomagania edukacyjnego i socjalizacyjnego. Pomoc lekarzy, własna aktywność w studiowaniu literatury medycznej, rehabilitacyjnej i pedagogicznej w dość krótkim czasie zmieniła postawy rodzicielskie wobec dziecka niepełnosprawnego, podniosła poziom kultury pedagogicznej – czynniki te pozwoliły na pełną akceptację dziecka.

Druga prawidłowość wynikająca z przedstawionych wyników w tabeli 12 jest odwrotnością do pierwszej, gdyż zmniejszający się poziom wykształcenia rodziców w badanej populacji powoduje powiększanie czasu trwania procesu akceptacji dziecka niepełnosprawnego. Przy poziomie wykształcenia wyższego tylko 15,1% rodziców wyrażało pogląd o przedłużającym się okresie akceptacji dziecka niepełnosprawnego, natomiast na poziomie wykształcenia zawodowego nastąpił znaczny wzrost liczby rodziców, którzy mieli trudności w procesie akceptacji chorego dziecka – wynosił on aż 30,7%.

Identyczny wniosek należy sformułować analizując dane dotyczące ostatniego wskaźnika w procesie trwania akceptacji dziecka niepełnosprawnego. Oznacza to, że wraz ze wzrostem poziomu wykształcenia badanych rodziców maleje odsetek respondentów, u których nadal trwa proces akceptacji dziecka niepełnosprawnego. Najwięcej badanych rodziców, bo aż 31,7% z wykształceniem podstawowym nie może w dalszym ciągu pogodzić się

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 4491033A63303331

z faktem, że ich dziecko jest niepełnosprawne. Z wykształceniem zawodowym ten wskaźnik badawczy jest znacznie niższy i wynosi 22,8%. Jeszcze mniej rodziców (17,1%) ze średnim wykształceniem dowodzi, że proces akceptacji dziecka niepełnosprawnego w ich postawach ciągle trwa. Najmniejszy odsetek badanych rodziców z wykształceniem wyższym (12,5%) stwierdza, że nadal przeżywają uczucia negatywne i pewien stres psychiczny wywołany stanem choroby niepełnosprawności ich dziecka.

Charakterystyczne wypowiedzi badanych rodziców o różnym poziomie wykształcenia są następujące: L.K., wykształcenie wyższe, kobieta: „Syn nasz ma już 12 lat, cierpi na porażenie mózgowia, stąd jego niepełnosprawność. Pomagam mu w pokonywaniu trudności ruchowych, szczególnie w chodzeniu, ćwiczę z nim codziennie, sprawuję dużą opiekę nad nim; ale wciąż nie mogę przyswoić sobie myśli, dlaczego to on tak cierpi, nie mogę pogodzić się i do końca zaakceptować jego choroby". Inna wypowiedź, J.K., wykształcenie średnie: „Nie zaakceptowałam choroby mojego dziecka, choć wszystko czynię, by ulżyć mu w cierpieniu i pomóc w rehabilitacji".

Respondenci z wykształceniem podstawowym stwierdzali: „nie potrafię pogodzić się z chorobą mojego syna", „oswajanie i akceptacja jego niepełnosprawności trwa do dziś".

Obraz wyników badań przedstawiony w tabeli 12 sugeruje także prawidłowość dotyczącą faktu, że u rodziców z wykształceniem podstawowym wydłuża się okres procesu akceptacji dziecka niepełnosprawnego, gdyż bezpośrednio po uzyskaniu informacji o niepełnosprawności dziecka tylko 16% badanych zaakceptowało jego chorobę, zaś w okresie dłuższym niż miesiąc czasu – co czwarty badany rodzic (25%).

Aż 31,7% z grupy badanych rodziców z wykształceniem podstawowym nie potrafiło zaakceptować choroby swojego dziecka, proces ten trwa w ich osobowości nadal, choć podejmują oni opiekę nad dzieckiem, prowadzą na miarę swych umiejętności rehabilitację, kształtują normy zachowań itp.

Natomiast rodzice z wyższym wykształceniem w większości, bo aż 71,6% badanych zaakceptowało swoje dziecko niepełnosprawne w czasie bezpośrednim lub w pierwszych dniach czy tygodniach od uzyskania informacji o chorobie dziecka. Tylko 12,5% badanych rodziców w dalszym ciągu przeżywa swoje niepowodzenia związane z niepełnosprawnością dziecka, poszukują przyczyn tej choroby, nie potrafią się pogodzić z losem swoim i ich dziecka.

Akceptacja urodzonego dziecka niepełnosprawnego jest znacznie wyższa w rodzinie z wykształceniem wyższym niż u rodziców z wykształceniem podstawowym.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 4491033A63303331

Słuszny zatem wyraża pogląd H. Borzyszkowska[125], że krytyczny okres, który następuje po otrzymaniu informacji na temat stanu zdrowia dziecka, jest szczególnie ważny dla późniejszych działań podejmowanych przez rodziców. W okresie tym szczególne znaczenie ma kontakt ze specjalistami, którzy powinni udzielać rzetelnych informacji o stanie i możliwościach rozwojowych, a także o dostępnych sposobach leczenia, rehabilitacji oraz o istniejących placówkach, działających na rzecz dzieci niepełnosprawnych.

Należy też podkreślić, że im anomalie rozwojowe dziecka są poważniejsze i tym samym obraz dziecka bardziej odbiega od wymarzonego przez rodziców ideału, tym częściej nurtują rodziców refleksje na temat prokreacji, macierzyństwa i losu dziecka, któremu dali życie.

Trudna sytuacja rodziców po urodzeniu dziecka niepełnosprawnego wymagała od nich podejmowania różnych działań w celu skutecznego, z jednej strony przezwyciężania tych sytuacji stresowych, z drugiej zaś skracania czasu, w którym trwa proces akceptacji chorego dziecka.

W jaki sposób rodzice radzili sobie z trudną sytuacją i procesem akceptacji dziecka niepełnosprawnego, przedstawia tabela 13.

Analiza wyników badań przedstawiona w tabeli 13 wskazuje, że rodzice w różny sposób sobie radzą, by eliminować stres związany z urodzeniem i życiem dziecka niepełnosprawnego w rodzinie. Najwięcej badanych rodziców, bo aż 73 (stanowi to 20,3%) wyraża pogląd, że dla żony stanowi znaczną podporę psychiczną, opiekuńczą i fizyczną jej małżonek, który w trudnych sytuacjach stara się być z nią, wspiera jej działania, eliminuje negatywne przeżycia, pomaga w ciężkich sytuacjach życiowych. Z pomocą natomiast żony, badani ojcowie potrafili zaakceptować swoje dziecko niepełnosprawne, współdziałać z nim, nieść zarówno dziecku, jak i jego matce wielostronną pomoc w leczeniu i rehabilitacji. Wypowiedzi badanych rodziców świadczą o wzajemnym małżeńskim wspieraniu i pomocy w opiece nad dzieckiem. J.K., matka: „Byłam załamana psychicznie, gdy dowiedziałam się o niepełnosprawności naszego syna, nie wierzyłam lekarzom, że dziecko dzięki rehabilitacji może dobrze funkcjonować ruchowo, jedynie mój mąż cały swój czas wolny poświęcał dziecku, a mnie przekonał, że możemy i musimy dziecku pomóc i zaakceptować jego chorobę". Inna wypowiedź matki, Z.L.: „Razem z mężem rozmawialiśmy o pomocy dziecku, wspieraliśmy się w trudnych sytuacjach, psychicznie mąż umacniał mnie, by podejmować działania opiekuńcze nad chorym dzieckiem".

---

[125] H. Borzyszkowska, *Dziecko niepełnosprawne w rodzinie*, „Oświata i Wychowanie" 1988, nr 42.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 4491033A63303331

Tabela 13. **Sposób radzenia sobie przez rodziców z trudną sytuacją w rodzinie w procesie akceptacji dziecka niepełnosprawnego**

Lp.	Sposób radzenia sobie z akceptacją dziecka	Ojcowie		Matki		Ogółem	
		liczba	%	liczba	%	liczba	%
1.	Za pomocą modlitwy	29	16,1	38	15,6	67	18,6
2.	Z pomocą męża, żony	34	18,9	39	21,7	73	20,3
3.	Z pomocą rodziny	31	17,2	37	20,6	68	18,9
4.	Z pomocą lekarza, pielęgniarki, specjalistów	27	15,0	29	16,1	56	15,5
5.	Z pomocą sąsiadów i bliskich mi osób obcych	16	8,9	11	6,1	27	7,5
6.	Sam(a) sobie poradziłem(am)	32	17,8	29	16,1	61	16,9
7.	Źle znosiłem(am) trudne sytuacje	26	14,4	24	13,3	50	13,9
8.	Ogółem	195	108,3	207	115,0	402	111,7

* Odpowiedzi nie sumują się do 100%, gdyż badani mogli podać więcej niż jedną odpowiedź

Pewna część badanych rodziców (68 respondentów, tj. 18,9%) stwierdza, że dużą pomocą i wsparciem w trudnych sytuacjach życiowych z dzieckiem niepełnosprawnym była dla nich rodzina, szczególnie babcie i dziadkowie zarówno męża, jak i żony. Wyniki te potwierdzają wypowiedzi matek i ojców. H.C. – matka: „Po urodzeniu dziecka chorego byłam w szoku, z pomocą i dobrym słowem przyszła moja matka, opiekowała się dzieckiem, a także kształtowała moją postawę życzliwości do dziecka. Po dwóch tygodniach wspólnych czynności opiekuńczych, zmieniłam swój stosunek do dziecka i w pełni zaakceptowałam dziecko i jego chorobę". Charakterystyczna wypowiedź ojca Z.L. – „Po uzyskaniu informacji od lekarza o niepełnosprawności fizycznej dziecka, żona zupełnie załamała się psychicznie, ja nie byłem w stanie jej pomóc, więc poprosiłem moją matkę, by pomogła mojej żonie. Matka chętnie opiekowała się dzieckiem i jednocześnie tłumaczyła nam o potrzebie leczenia dziecka, jego wczesnej rehabilitacji. Pomoc rodziców i ich wsparcie psychiczne spowodowało zmianę mojego stosunku do dziecka, jego akceptację i podjęcie czynności rehabilitacyjnych".

Badani rodzice, mówiąc o pomocy dziadków w radzeniu sobie z traumatyczną często sytuacją domową, spowodowaną funkcjonowaniem w rodzinie dziecka niepełnosprawnego, wymieniali następujące uzasadnienia:
– czynności opiekuńcze nad dzieckiem
– czynności rehabilitacyjne z dzieckiem

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 4491033A63303331

– wspieranie psychiczne przez uczucie do dziecka
– pomoc finansowa dla dziecka i rodziny.

Na trzecim miejscu w hierarchii radzenia sobie z trudną sytuacją wynikającą z niepełnosprawności dziecka w rodzinie jest zwracanie się rodziców o pomoc poprzez modlitwę do sił nadprzyrodzonych, boskich.

Badani rodzice, szczególnie ci wierzący w Boga i w życiu codziennym praktykujący katolicy, często będąc w stresie psychicznym, obarczeni myślą o ciężkim życiu swojego niepełnosprawnego dziecka, pokrzywdzeniu w ich subiektywnym odczuciu przez los zwracali się w swych modlitwach do Boga i boskich mocy o wspomożenie i ulgę w ciężkich dla nich chwilach i okresach życia.

Modlitwa uspokajała część rodziców, dodawała sił, pozwalała zmienić stosunek do chorego dziecka, akceptować jego niepełnosprawność. Tezy te potwierdzają wypowiadane stwierdzenia respondentów. Z.N., matka: „Wiara w Boga i ciągła modlitwa do sił boskich pozwalała mi wyeliminować sytuacje traumatyczne związane z urodzeniem dziecka chorego. Pokochałam to dziecko i przyrzekłam sobie, że przy pomocy Bożej wychowam je i będę dziecku pomagać w usprawnieniu ruchowym". K.L., ojciec: „Było nam ciężko, gdy zostaliśmy sami z problemem niesprawności naszego dziecka, wówczas w przełamaniu trudnych sytuacji życiowych i psychicznych przyszedł z pomocą Kościół katolicki, modliliśmy się z żoną o wsparcie i wspomożenie nas rodziców i naszego niepełnosprawnego dziecka".

Niepokoić może fakt, że tylko 15,5% rodziców uznaje, że w trudnych sytuacjach z dzieckiem niepełnosprawnym oraz w procesie akceptacji dziecka chorego pomaga służba zdrowia w osobach lekarza, pielęgniarki czy specjalisty rehabilitanta. Rodzice od tych właśnie osób pragną w największym stopniu uzyskać porady specjalistyczne, wsparcie medyczne, pomoc rehabilitacyjną. Zwracają się często do lekarzy neurologów, pediatrów, rehabilitantów o przekazanie rzetelnej wiedzy dotyczącej przyczyny wystąpienia choroby dziecka, jego procesie leczenia, pomocy specjalistycznej oraz udzielenie rad i zaleceń postępowania rodziców z dzieckiem niepełnosprawnym, by przynieść ulgę dziecku, przyśpieszyć proces usprawnienia manualnego i ruchowego. Niestety, znakomita większość badanych rodziców z przykrością stwierdza, że w trudnych sytuacjach w procesie akceptacji dziecka niepełnosprawnego nie otrzymali wsparcia i pomocy ze strony lekarzy, pielęgniarek czy też specjalistów od rehabilitacji. Odczuwali nawet rozżalenie i niechęć do służby zdrowia za:
– zbyt późną diagnozę choroby dziecka;
– zbyt sporadyczne kontakty służby zdrowia, szczególnie lekarza z dzieckiem niepełnosprawnym i rodzicami dziecka;

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 4491033A63303331

– małe lub brak zainteresowania rozwojem i poziomem usprawnienia dziecka;
– brak przekazywanej wiedzy o niepełnosprawności ich dziecka oraz możliwości usprawnienia i leczenia tej choroby;
– zaniechanie dalszej opieki i rehabilitacji.

W sferze psychicznej rodziców, których dzieci są niepełnosprawne, pojawiają się często mechanizmy obronne, powoduje to deformację rzeczywistego stanu choroby dziecka oraz nieracjonalny obraz sytuacji jego niepełnosprawności.

Najczęściej stosowanymi mechanizmami obronnymi są: nieuznawanie niepełnosprawności dziecka, wiara w nieograniczone możliwości wyleczenia, poszukiwanie winnych upośledzenia dziecka.

Wyniki przeprowadzonych badań przedstawiają zachowania rodziców, w których ujawniają się mechanizmy obronne wynikające z niepełnosprawności ich dziecka.

Tabela 14. **Mechanizmy obronne w zachowaniach rodziców spowodowane urodzeniem dziecka niepełnosprawnego** (N = 360)

Lp.	Mechanizmy obronne	Ojcowie		Matki		Ogółem	
		liczba	%	liczba	%	liczba	%
1.	Nie uznają niepełnosprawności dziecka	21	11,7	13	7,2	44	12,2
2.	Wiara w nieograniczone możliwości wyleczenia dziecka	45	25,0	54	30,0	99	27,5
3.	Poszukiwanie winnych upośledzenia dziecka	7	3,9	9	5,0	16	4,4
4.	Ogółem	73	40,6	76	42,2	149	41,4

Jak wynika z danych ujętych w tabeli 14, mniej niż połowa badanych rodziców (41,1%) przyjmuje mechanizmy obronne w swej psychice, wynikające z urodzenia się dziecka niepełnosprawnego. Aż 27,5% rodziców wierzy w sposób nieograniczony w możliwości całkowitego wyleczenia swojego dziecka. Przy czym wiara ta jest wyższa u badanych matek dzieci niepełnosprawnych (30%) niż ojców (25%). Mechanizm ten ma głównie swoje odzwierciedlenie w sytuacjach, kiedy rodzice zaprzeczają, jakoby dziecko nie było w stanie poradzić sobie z określoną czynnością ruchową lub zadaniem umysłowym. Sugerują terapeucie, rehabilitantowi czy nauczycielowi, że rozwój ich dziecka oraz jego sprawność fizyczna i umysłowa jest na takim poziomie, że potrafi wykonać czynności realizowane w procesie rehabilitacji czy nauce szkolnej, które tak naprawdę przekraczają jego realne możliwości.

Opinie badanych rodziców dowodzą o dużym ich optymizmie. Motywacje rodziców do rehabilitacji, terapii i nauki szkolnej dziecka są bardzo duże

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 4491033A63303331

– wykraczające poza możliwości psychiczne i fizyczne zarówno rodziców, jak i ich dzieci niepełnosprawnych. J.K., matka stwierdza: „Będę tak długo z dzieckiem ćwiczyć i leczyć u różnych lekarzy, aż moje dziecko uzyska pełną sprawność fizyczną". Inna matka podobnie wypowiada swój pogląd: „Wierzę, że dzięki wytężonej pomocy specjalistów lekarzy oraz systematycznej rehabilitacji w przychodni i naszej, dziecko nasze uzyska pełną sprawność fizyczną".

Podobny sposób myślenia i wyrażania poglądów dotyczących rozwoju chorego dziecka mają rodzice, którzy wskutek mechanizmów obronnych nie uznają niepełnosprawności dziecka. Badania wskazują, że aż 12,2% rodziców nie godzi się z chorobą dziecka, twierdząc, że lekarz, pielęgniarka czy inne osoby stawiające diagnozę o niepełnosprawności ich dziecka nie mają racji, pomylili się bądź są w błędzie. Wskaźnik ten występuje w większym stopniu w psychice ojców (11,7%) niż u badanych matek (7,2%). Charakterystyczne wypowiedzi z tej grupy badanych rodziców potwierdzają ten mechanizm obronny. J.Z, ojciec: „Nie wierzę diagnozie lekarskiej o chorobie naszego syna, rozwija się przecież dobrze fizycznie. Ma dopiero jeden rok i dwa miesiące życia. Mimo że jeszcze nie potrafi samodzielnie chodzić, ale z biegiem czasu sprawność tę wyćwiczy". Inna wypowiedź, J.T., matka: „Myślę, że moje dziecko jest zdrowe, nawet nie mogę dopuścić tej myśli, że nie będzie chodzić w swoim życiu. Na pewno jego choroba nie jest głęboka, lekarze tego nie mogą stwierdzić, robią z niej bardziej chorą niż jest".

Niewielka część badanych rodziców (16 respondentów, stanowi to 4,4%) uznaje, że choroba ich dziecka spowodowana jest przez różne zewnętrzne czynniki. Najczęściej winę za stan niepełnosprawności przypisują członkom rodziny, lekarzom, pielęgniarkom, rehabilitantom czy ośrodkom wspierającym rodzinę. Mechanizm obronny rodziców w poszukiwaniu winnych upośledzenia ich dziecka powoduje najczęściej negatywne uczucia do lekarza, rehabilitanta czy terapeuty. W stosunku do rzekomych osób winnych niepełnosprawności dziecka pojawia się wrogość, złość, nieufność, uprzedzenie, a w skrajnych przypadkach nawet nienawiść.

Podobny pogląd wyraża C. Cunningham[126], który także jak w naszych badaniach zauważa, że negatywne uczucia niektórych rodziców dzieci niepełnosprawnych muszą w jakiś sposób znaleźć ujście, stąd też kierują złość na personel medyczny.

Przy okazywaniu negatywnych uczuć rodzice niepełnosprawnych dzieci często wspominają o niesprawiedliwości, jaka ich spotkała, bądź zachowują się tak, jakby wszystko, z racji tego nieszczęścia, im się należało.

---

[126] C. Cunningham, *Dzieci z zespołem Downa. Poradnik dla rodziców*, Warszawa 1994.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 4491033A63303331

Zachowania wynikające ze stosowania wszelkich mechanizmów obronnych funkcjonują przeważnie do momentu, w którym rodzice stwierdzają, że nic dla dziecka zrobić się już nie uda, co z kolei wywołuje apatię, przygnębienie, pesymizm.

Dokonana szczegółowa analiza ilościowa i jakościowa uzyskanych wyników badawczych pozwala wyrazić pogląd, że dla znacznej większości rodziców wiadomość o niepełnosprawności ich dziecka była bolesnym przeżyciem. Przeżycia te trwają dłużej lub krócej, ich intensywność i czas trwania uzależnione są od uwarunkowań wewnątrzrodzinnych – więzi rodzinnych, atmosfery domu rodzinnego, wykształcenia rodziców, a także czynników pozarodzinnych, takich jak: wspomaganie rodziców przez służbę zdrowia, ośrodki terapeutyczne i rehabilitacyjne, poradnie psychologiczne.

Urodzenie dziecka niepełnosprawnego często powoduje u rodziców szok psychiczny. Rodzice nie są przygotowani do funkcjonowania dziecka niepełnosprawnego w rodzinie. Stąd też pierwsza informacja o niepełnosprawności dziecka oraz pierwszy z nim kontakt powoduje u rodziców wstrząs psychiczny. Silne uczucia negatywne przyczyniają się w wielu rodzinach do dezorganizacji funkcji emocjonalnej życia domowego, zachwiania równowagi psychicznej. Rodzice wraz z urodzeniem dziecka niepełnosprawnego przeżywają lęk, poczucie beznadziejności, rozpacz, bezradność, poczucie krzywdy i obniżonej własnej wartości.

A. Twardowski127 sytuacje te, w których rodzice dowiadują się o niepełnosprawności swojego dziecka, nazywa okresem wstrząsu emocjonalnego. W pierwszym czasie tego okresu następuje pewne załamanie psychiczne rodziców. Zachowania te objawiają się w obniżonym nastroju, niekontrolowanych reakcjach emocjonalnych, takich jak płacz, krzyk, agresja werbalna, a także w reakcjach i stanach nerwicowych, m.in. zaburzeniach snu, łaknienia, stanach lękowych. Konsekwencje tych silnych, negatywnych emocji przeżywanych przez rodziców często wpływają na ich wzajemne stosunki oraz ich stosunek do dziecka – często pojawiają się nieporozumienia, wzajemna wrogość i agresja. Wszelkie działania wobec dziecka są przepełnione lękiem lub poczuciem winy. Bardzo często rodzice nie wiedzą, jak z dzieckiem niepełnosprawnym postępować, jakie działania podejmować. Okres ten jest decydujący o następnych przeżyciach i konsekwencjach emocjonalnych, a także opiekuńczo-wychowawczych rodziców wobec dziecka niepełnosprawnego.

W tym okresie rodzice oczekują na pomoc specjalistyczną, medyczną, którą powinien nieść lekarz czy terapeuta. Oczekują także na wsparcie psychiczne od

---

[127] A. Twardowski, *Pomoc rodzinom dzieci niepełnosprawnych*, [w:] Obuchowska I. (red.), *Dziecko niepełnosprawne w rodzinie*, Warszawa 1995.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 4491033A63303331

rodziny, psychologa, najbliższego otoczenia lokalnego oraz ośrodków wspierania rodzin i ośrodków terapeutyczno-rehabilitacyjnych.

Po pewnym czasie, gdy szok psychiczny i rozpacz rodziców łagodzona jest przez specjalistyczną i przyjacielską pomoc pozarodzinną oraz serdeczną atmosferę i życzliwość członków rodziny – natężenie emocji słabnie, jednak w dalszym ciągu widoczne jest przygnębienie, bezradność i ciągłe niedowierzanie rodziców, że to ich właśnie spotkało to nieszczęście. Odczuwają oni swoiste osamotnienie, izolację w środowisku lokalnym, pewną klęskę życiową związaną z oczekiwaniami na dziecko zdrowe, sprawne i mądre, stąd też mają poczucie skrzywdzenia przez los. Wszelkie pozytywne plany, aspiracje i wyobrażenia wobec nowo narodzonego dziecka zderzyły się z przykrymi emocjami rzeczywistego stanu niepełnosprawności dziecka.

Rodzice doszukują się winy, której konsekwencją jest niepełnosprawność dziecka, w różnych osobach i czynnikach. Obarczają nią lekarzy, rodziców ojca bądź matki (uwarunkowania genetyczne), czynniki środowiska lokalnego, skażenia środowiska atmosferycznego i konsumpcyjnego. Najbardziej jednak występuje u rodziców poczucie własnej winy za urodzenie dziecka chorego. Upatrują tę winę w błędach i niedostatkach życia płodowego dziecka, niekorzystnej atmosferze domowej w rodzinie w czasie, gdy matka była w ciąży, błędach okołoporodowych i poporodowych, które miały wpływ na uszkodzenia obszarów mózgowych dziecka i ich właściwy rozwój fizyczny, ruchowy i intelektualny.

Słusznie zauważa T. Gałkowski[128], że część rodziców nie akceptuje swoich dzieci niepełnosprawnych bądź jest to pozorne przystosowanie się do zaistniałej sytuacji, które przejawia się w nieracjonalnych próbach dążenia do akceptacji swojego chorego dziecka. Stąd też u rodziców, którzy mają trudności w rzeczywistej akceptacji swojego dziecka niepełnosprawnego przejawia się odrzucenie, bunt lub nawet wyparcie wyrastające z realistycznego widzenia nieodwracalności istniejącego stanu choroby dziecka, z czym trzeba się ciągle na nowo godzić i dostosowywać do trudnych sytuacji rodzinnych. Wymaga to od rodziców z jednej strony zdobywania wiedzy i umiejętności o potrzebach i rozwoju dziecka niepełnosprawnego, z drugiej zaś uczenia się życia z tym dzieckiem. Tego typu rodzicielskie działania służą efektywnemu procesowi akceptacji dziecka i jego najbliższego otoczenia. Tylko ta rodzina, która niepełnosprawne dziecko traktuje jako swoje dziecko takim, jakie ono jest, z jego ułomnościami fizycznymi i umysłowymi, jest w stanie kształtować wizje i plany oraz aspiracje rozwojowe dziecka w najbliższej i dalszej perspektywie życiowej.

---

[128] T. Gałkowski, *Dziecko autystyczne w środowisku rodzinnym i szkolnym*, Warszawa 1995.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 4491033A63303331

ROZDZIAŁ V

Postawy rodzicielskie wobec dziecka niepełnosprawnego w rodzinie

Na kształtowanie się osobowości dziecka pierwszy i najważniejszy wpływ wywiera rodzina, przede wszystkim rodzice. Wpływ ten trwa przez wiele lat, gdyż jest ona dla dziecka stałym środowiskiem wychowawczym, w którym dziecko przechodzi poszczególne fazy rozwoju. Wpływ środowiska rodzinnego na rozwój i wychowanie przebiega dwoma torami: jako świadome oddziaływanie wychowawcze rodziców oraz oddziaływanie niezamierzone. Jest to oddziaływanie poprzez zwykły tok czynności i zdarzeń zachodzących w rodzinie, poprzez sposób ustosunkowania się dorosłych do tych zdarzeń i czynności oraz postępowanie dorosłych członków rodziny, rodzeństwa, a szczególnie przez sposób wzajemnego odnoszenia się do siebie.

Rodzina oddziałuje na dziecko poprzez splot różnorodnych uwarunkowań, wśród których szczególne znaczenie na kształtowanie się osobowości dzieci mają postawy rodzicielskie. Przez postawę rodzicielską będziemy rozumieć „nabytą strukturę poznawczo-dążeniowo-afektywną, ukierunkowującą zachowanie rodziców wobec dziecka”[129].

---

[129] M. Ziemska, *Postawy rodzicielskie i ich wpływ na osobowość dziecka*, [w:] Ziemska M. (red.), *Rodzina i dziecko*, Warszawa 1986, s. 159.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 4491033A63303331

W literaturze psychologicznej i socjologicznej wyróżnia się trzy komponenty postawy: emocjonalny, intelektualny i behawioralny. Komponenty te mają decydujące znaczenie na ostateczny kształt postawy, w tym i postawy rodzicielskiej.

Jak dowodzi M. Przetacznik-Gierowska[130], uczuciowy lub afektywny komponent postawy sprawia, że jej podmiotowi nadaje się określoną wartość (walencję), ocenia się go dodatnio lub ujemnie. W składniku tym tkwi jednak także immanentne przeżycie emocjonalne, uwarunkowane zarówno pojawieniem się potrzeby, którą przedmiot postawy może zaspokajać lub jej zaspokojeniu zagrażać, jak i doświadczeniem uczuciowym związanym z tym przedmiotem. Emocje i uczucia wchodzące w skład postawy przybierają formę upodobań, zamiłowań, skłonności albo niechęci, wrogości, tendencji agresywnych.

Składnik intelektualny postawy z kolei ma charakter poznawczy, sprowadza się do wiedzy podmiotu do przedmiotu postawy. Wiedza ta stanowi przeważnie zbiór informacji – niekoniecznie wyczerpujących, będących niekiedy zbiorem opinii, sądów, przekonań i poglądów, które mogą odpowiadać realnym, rzeczywistym cechom przedmiotu postawy, a mogą być również niezgodne z jego właściwościami – należą wtedy do kręgów niezgodnych z rzeczywistością przeświadczeń, stereotypów lub przesądów na jakiś temat.

Komponent behawioralny postawy jest bardzo istotny dla procesu badawczego. W zachowaniu rodziców bowiem można odnaleźć odbicie ich postaw wobec dzieci, emocji jakie im towarzyszą. W pracy pedagogicznej, terapeutycznej tendencje behawioralne i wynikające z nich realne zachowania rodziców stanowią wyraźnie oznaki postaw, zwłaszcza gdy konkretne zachowania wobec dziecka powtarzają się w dłuższym okresie czasu.

Psychologowie[131] i pedagogowie[132] podają klasyfikację postaw składającą się z postaw pozytywnych i negatywnych. Analizę treściową tych postaw przedstawiono w rozdziale I niniejszej pracy.

Z punktu widzenia wychowania, opieki i rehabilitacji dziecka niepełnosprawnego, najistotniejszym w procesie kształtowania się postaw jest komponent emocjonalny. Jego wpływ na stosunek rodziców do dziecka jest decydujący.

W okresie ciąży pojawiają się pierwsze postawy macierzyńskie. W trakcie oczekiwania na dziecko zachodzą pewne przemiany w rodzinie oraz specyficzne nastawienie związane z przyszłą rolą matki i ojca. Rodzice już w czasie oczeki-

---

130 M. Przetacznik-Gierowska, Z. Włodarski, *Psychologia wychowawcza*, Warszawa 1994.

131 Tamże.

132 S. Kawula, J. Brągiel, A. Janke, *Pedagogika rodziny*, Toruń 2001.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 4491033A63303331

wań na dziecko przygotowują się do pełnienia swoich ról rodzicielskich. Okres ten cechuje nasilenie emocji związanych z dzieckiem, jego płcią i zdrowiem.

Kiedy rodzi się dziecko niepełnosprawne, nagromadzone wcześniej pozytywne emocje przekształcają się w negatywne emocje rodziców. Po tym okresie szoku, w którym rodzice pod wpływem wstrząsu tracą równowagę psychiczną, nie potrafią pozbierać myśli i odnaleźć się w tej sytuacji, następuje okres kryzysu emocjonalnego, w którym zauważyć można początek kształtowania się postaw wobec dziecka niepełnosprawnego.

W okresie tym następuje zderzenie uczuć, emocji, planów i przygotowań związanych z nienarodzonym dzieckiem z niespodziewaną, wstrząsającą rzeczywistością związaną z urodzeniem dziecka niepełnosprawnego.

W wyniku emocji przeżywanych przez rodziców w początkowej fazie obcowania z niepełnosprawnym dzieckiem wyłaniają się przeważnie dwie negatywne postawy rodzicielskie: nadopiekuńczość i odrzucenie. Z jednej strony, rodzice widząc małe, bezbronne, niepełnosprawne dziecko, pragną zająć się nim ze szczególną, przesadną wręcz troską, z drugiej zaś strony, nie godząc się na jego upośledzenie, czują chęć ucieczki, niechęci do dziecka, co skutkuje w dalszej kolejności przyjmowaniem postawy odrzucenia. Badania C. Cunninghama[133], przeprowadzone w latach 90. XX wieku w Anglii pokazały, że od 70 do 80% matek wykazuje negatywną, odrzucającą postawę wobec dziecka.

W przypadku rodziców dzieci niepełnosprawnych obserwować można całą gamę rozmaitych postaw rodzicielskich. Konieczność zapewnienia dziecku upośledzonemu fizycznie bądź psychicznie znacznie większej opieki czy kontroli niż dziecku w pełni sprawnemu, pogłębia jego zależność od opiekunów. Rodzice bowiem zmuszeni są ingerować we wszystkie sfery zachowania się dziecka, regulować kontakty z rówieśnikami, czuwać nad bezpieczeństwem itp. Brak samodzielności dziecka w zwykłych, życiowych funkcjach wytwarza w niektórych rodzicach przekonanie, że nieszczęście jakie ich spotkało jest nieodwracalne. Poczucie krzywdy wzrasta, jak wynika z badań T. Gałkowskiego[134], że mimo wielkich wysiłków związanych z rehabilitacją, nie następuje poprawa w usprawnianiu dziecka. W tak niesprzyjających warunkach mogą wytworzyć się pewne postawy, trudne do usunięcia, a wpływające ujemnie na samo dziecko.

W obszarze przedstawionej wcześniej klasyfikacji postaw rodzicielskich mieści się skala postaw górowania nad dzieckiem, bezradności wobec dziecka,

---

[133] C. Cunningham, *Dzieci z zespołem Downa*…, op.cit.

[134] T. Gałkowski, *Rewalidacja dzieci we wczesnym wieku*, [w:] Pomykało W. (red.), *Encyklopedia pedagogiczna*, Warszawa 1993.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 4491033A63303331

koncentracji uczuć i dystansu emocjonalnego. Ta właśnie skala postaw będzie przedmiotem badań rodziców dzieci niepełnosprawnych.

W niniejszym rozdziale przedstawię rodzaje postaw wychowawczych reprezentowanych przez badanych rodziców oraz stosunek rodziców do dziecka niepełnosprawnego.

W celu zdiagnozowania postaw rodzicielskich wobec dzieci zastosowano „Kwestionariusz dla rodziców do badania postaw rodzicielskich" w opracowaniu M. Ziemskiej[135].

Kwestionariusz składa się z 41 stwierdzeń, w tym dwóch buforowych i 39 diagnostycznych, które tworzą 4 skale: górowania, bezradności, koncentracji i dystansu. Do interpretacji wyników służy skala stenowa składająca się z 10 równych jednostek. Przyjmuje się, że osoby, które otrzymały wyniki w granicach:

– 1–4 steny, prezentują pożądane wychowawczo postawy;
– 5–6 stenów, wskazują na umiarkowane nasilenie postawy wychowawczo niepożądanej;
– 7–10 stenów, świadczą o niepożądanym wychowawczo nasileniu postawy.

Analiza wyników badań postaw rodzicielskich, osobno ojców i matek, w sferze górowania nad dzieckiem przedstawia tabela 15.

Tabela 15. **Postawy rodzicielskie w zakresie górowania nad dzieckiem niepełnosprawnym**

Lp.	Postawy rodziców	Ojcowie		Matki		Ogółem	
		liczba	%	liczba	%	liczba	%
1.	Pożądane wychowawczo	67	37,2	74	41,1	141	39,2
2.	Umiarkowanie pożądane	69	38,3	87	48,3	156	43,3
3.	Niepożądane wychowawczo	44	24,5	19	10,6	63	17,5
4.	Ogółem	180	100,0	180	100,0	360	100,0

Z zestawień zawartych w tabeli 15 dotyczącej postawy górowania nad dzieckiem wynika, że 41,1% matek i 37,2% ojców reprezentuje postawę pożądaną wychowawczo. Wynik badania na tym poziomie (1–4 stena) świadczy o umiejętności kierowania dzieckiem, bez akcentowania swojej przewagi psychicznej. Rodzice w oddziaływaniach wychowawczych i opiekuńczych nie stosują siły i przemocy. W swoim postępowaniu w zasadzie liczą się oni z dzieckiem, biorą

[135] M. Ziemska, *Kwestionariusz dla rodziców do badania postaw rodzicielskich*, Warszawa 1981.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 4491033A63303331

pod uwagę jego odczucia i pragnienia. Więcej jednak badanych matek niż ojców wykazuje postawę rodzicielską nacechowaną na współdziałanie i życzliwość w stosunku do dziecka niepełnosprawnego.

Znaczna liczba badanych rodziców (156, tj. 43,3%) przejawia umiarkowane nasilenie górowania nad dzieckiem. Przy czym więcej matek (48,3%) niż ojców (38,3%) ujawnia postawę w średnich stenach (5 do 6) wskazujących na umiarkowane nasilenie postawy wychowawczo niepożądanej. Z jednej strony, postawy tego typu, wskutek nasilenia niepełnosprawności dziecka i trudności rehabilitacyjnych, muszą wykazywać tendencję do dominacji, które znajdują wyraz w zachowaniach rodziców i łatwo mogą przekształcić się w postawę zdecydowanej dominacji i górowania nad dzieckiem. Z drugiej strony, jeśli wiedza rodziców o schorzeniu dziecka i jego aspektach wzrasta, występuje zaangażowanie w jego rehabilitację, opieka nad dzieckiem nie stwarza rodzicom dużych problemów, wówczas postawy rodzicielskie w zakresie górowania o umiarkowanym nasileniu mają duże szanse na przekształcenie się w postawy pożądane wychowawczo, w których następuje pozytywne nastawienie rodziców do dziecka, zaspokojenie jego potrzeb, empatycznego stosunku do jego osoby i niepełnosprawności.

Umiarkowany wynik górowania rodziców świadczy także o niepożądanym zaznaczaniu przez opiekunów swojej przewagi nad dzieckiem, o dość wyraźnej ich skłonności do braku uwzględniania sygnałów i reakcji, które przekazują dzieci niepełnosprawne w stronę swoich rodziców.

Wśród badanych rodziców, aż 17,5% respondentów ujawnia postawę niepożądaną wychowawczo. Przy czym ojców w większym stopniu i zakresie (24,5%) cechuje zdecydowane górowanie niż matki (10,6%).

Obliczenia statystyczne wykazały, że na poziomie ufności 0,5 zachodzą różnice pomiędzy rozkładami wartości uzyskanymi przez badane matki i ojców (χ^2 emp. wynosi 8,976, a χ^2 teor. dla df = 3 – 7,628). Wartość współczynnika V-Cramera wynosi 0,1465, co oznacza, że zależność między badanymi ojcami i matkami w sferze postawy górowania nad dziećmi jest bardzo słaba.

Rodzice z tej grupy charakteryzują takie zachowania, jak np. J.K., ojciec: „O wszystkich sprawach dotyczących opieki, rehabilitacji i wychowania dziecka ja decyduję. Dziecko, mimo że jest niepełnosprawne, musi liczyć się z nadrzędną władzą ojca w rodzinie i wykonywać wszystkie jego polecenia” Matka innego dziecka, Z.L., stwierdza podobnie: „Ze względu na fakt, że moje dziecko jest niepełnosprawne, stąd też wszystkie decyzje związane z formami opieki, z organizacją jego życia ja osobiście podejmuję. Dziecko nasze musi się podporządkować z góry narzuconemu sposobowi bycia oraz sposobom zaspo-

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 4491033A63303331

kajania potrzeb biologicznych czy psychicznych". Wypowiedzi tych rodziców dowodzą o charakterystycznych cechach postawy górowania nad dzieckiem. Oznacza to, że ci ojcowie i matki kierują dzieckiem z pozycji przewagi oraz z pozycji władzy rodzicielskiej. Podporządkowanie psychiczne, wychowawcze i opiekuńcze dziecka przez rodziców często następuje w sposób surowy, ostry, bezwzględny, bez liczenia się z odczuciami, pragnieniami i potrzebami dziecka niepełnosprawnego.

Interesujące wyniki uzyskano w badaniach w obszarze postaw górowania nad dzieckiem w poszczególnych poziomach wykształcenia rodziców.

Tabela 16. **Stopień postawy górowania nad dzieckiem a poziom wykształcenia rodziców**

Lp.	Postawy rodziców	Poziom wykształcenia rodziców								Ogółem	
		podstawowe		zawodowe		średnie		wyższe			
		liczba	%	ilość	%	ilość	%	ilość	%	ilość	%
1.	Pożądane wychowawczo	12	20,0	36	35,6	51	46,0	42	47,7	141	39,2
2.	Umiarkowanie pożądane	25	41,7	48	47,5	44	39,6	39	44,3	156	43,3
3.	Niepożądane wychowawczo	23	38,3	17	16,9	16	14,4	7	8,0	63	17,5
4.	Ogółem	60	100,0	101	100,0	111	100,0	88	100,0	360	100,0

Analiza przedstawionych wyników w tabeli 16 ujawnia pewne prawidłowości. Pożądane wychowawczo postawy w sferze górowania rodziców nad dziećmi niepełnosprawnymi zależą od poziomu wykształcenia opiekunów. Im wyższy poziom wykształcenia mają rodzice, tym ich górowanie nad dziećmi staje się coraz niższe. Tylko 20% badanych rodziców z wykształceniem podstawowym przejawia w swych zachowaniach postawy pożądane wychowawczo, z wykształceniem zawodowym – 35,6%, z wykształceniem średnim – 46,0%, a 47,7% rodziców z wykształceniem wyższym przejawia ten rodzaj postawy.

Różnica między poziomem wykształcenia a postawami pożądanymi w postawie górowania nad dzieckiem jest statystycznie istotna i wynosi dla χ^2 emp. 28,742, a χ^2 teor. dla df = 9 i poziomu ufności 0,01 – 18,147. χ^2 emp. > χ^2 teor., co oznacza, że z 1% ryzykiem popełnienia błędu można twierdzić, że poziom wykształcenia rodziców ma wpływ na postawę górowania nad dzieckiem niepełnosprawnym. Wartość współczynnika zbieżności V-Cramera wynosi 0,243, co oznacza, że badana zależność jest słaba.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 4491033A63303331

Postawy pożądane wychowawczo charakteryzują zachowania rodziców, np. J.K., matka, wykształcenie wyższe: „Staram się, by z moją córką Małgosią uzgadniać wszystkie działania rehabilitacyjne i dydaktyczne. Jest ona córką mądrą i potrafi rozsądnie myśleć i oceniać, co jest dla niej i dla rodziny dobre, a co złe". Inna wypowiedź ojca, którego zachowania wobec syna wskazują na pożądaną wychowawczo postawę górowania. Z.L, ojciec, wykształcenie średnie, stwierdza: „Reakcje w zachowaniach naszego syna są od czasu do czasu nademocjonalne, staram się te zachowania rozumieć i racjonalnie, ze spokojem, przy udziale Piotra eliminować je. Nie narzucam dziecku swoich poglądów, lecz wysłuchuję argumentów i wypowiedzi syna. Z dużą cierpliwością i wyrozumiałością odnoszę się do jego zachowań, dążąc zawsze do partnerskiego stosunku do Piotra jako osoby".

Umiarkowanie pożądane postawy górowania nad dzieckiem, jak wskazują wyniki badań, na wszystkich poziomach wykształcenia rodziców są porównywalne, gdyż kształtują się od 39,6% rodziców ze średnim wykształceniem, do 47,5% rodziców z wykształceniem zawodowym. Rodzice z tej grupy ujawnianych postaw w sferze górowania przedstawiają swoje zachowania wobec dziecka w sposób następujący. Z.L., matka, wykształcenie wyższe: „Często tłumaczę mojemu dziecku, co jest dobre i wartościowe dla niego, by rehabilitacja przynosiła pożądany efekt. Narzucam mu także pewne czynności opiekuńcze i koleżeńskie, zdaję sobie sprawę, że jest to moja postawa autorytatywna wobec dziecka, ale ja wiem, że takie działania są dla dziecka pożyteczne".

Pewna prawidłowość występuje również w relacji między poziomem wykształcenia a niepożądaną wychowawczo postawą górowania nad dzieckiem. Im wyższe wykształcenie posiadali badani rodzice, tym postawa niepożądana w sferze górowania malała. Aż 38,3% badanych rodziców z wykształceniem podstawowym ujawniało postawę niepożądaną wychowawczo, z wykształceniem zawodowym – 16,9%, natomiast wśród rodziców ze średnim wykształceniem już tylko 14,4% badanych zdecydowanie górowało nad dzieckiem, a niewiele – bo 8% rodziców z wykształceniem wyższym prezentowało postawę górowania nad dzieckiem.

Świadomość rodziców, że ich dziecko jest niepełnosprawne i potrzebuje większej opieki, wyrozumiałości, pomocy ze strony opiekunów – kształtuje postawę rodzicielską o większym nastawieniu na życzliwość, eliminując przewagę, przymus, górowanie nad dzieckiem. Świadomość roli rodzicielskiej i konieczności pomocy dziecku wyraźnie wzrasta wraz z wykształceniem rodziców, stąd też wyższy stopień i zakres pożądanych postaw rodzicielskich, a zdecydowanie mniej jest górowania nad dzieckiem u badanych rodziców z wykształceniem wyższym.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 4491033A63303331

Następną badaną postawą rodziców jest bezradność wobec dziecka. Postawa ta ujawnia się w zachowaniach rodzicielskich – szczególnie wobec dzieci niepełnosprawnych. Wyniki badań tej postawy przedstawia tabela 17.

Tabela 17. **Postawa bezradności rodziców wobec dziecka**

Lp.	Postawa bezradności – zachowania rodziców	Ojcowie		Matki		Ogółem	
		liczba	%	liczba	%	liczba	%
1.	Pożądane wychowawczo	28	15,5	41	22,8	69	19,2
2.	Umiarkowanie pożądane	64	35,6	62	34,4	126	35,0
3.	Niepożądane wychowawczo	88	48,9	77	42,8	165	45,8
4.	Ogółem	180	100,0	180	100,0	360	100,0

Z zestawień wyników badań przedstawionych w tabeli 17 wynika, że tylko 19,2% rodziców, w tym 22,8% matek i jeszcze mniej, bo 15,5% ojców przejawia postawę pożądaną wychowawczo w sferze bezradności opiekuńczej i wychowawczej wobec dziecka niepełnosprawnego. W skali bezradności postawa rodzicielska pożądana wychowawczo świadczy o braku poczucia bezradności lub o bardzo słabym poczuciu bezradności w postępowaniu rodziców z dzieckiem. Tego typu postawa sprzyja umiejętnemu i wyważonemu rozwiązywaniu problemów wychowawczych, opiekuńczych i rehabilitacyjnych z dzieckiem niepełnosprawnym.

Wypowiedzi rodziców potwierdzają tego rodzaju postawę. J.K. – ojciec: „Jestem świadomy potrzeb psychicznych mojego dziecka. Potrzeby te w procesie opiekuńczo-wychowawczym staram się zaspokoić. Moje działania rehabilitacyjne z dzieckiem przynoszą efekty nie tylko usprawniające dziecko, ale również wzmagają dyscyplinę jego życia". Inna charakterystyczna wypowiedź matki ujawniająca pewność w działaniach opiekuńczych i pełną umiejętność w pokonywaniu trudności wychowawczych. Z.L. – matka: „Organizacja życia codziennego podporządkowana jest mojemu dziecku. Wszystkie czynności opiekuńcze wykonuję zgodnie z potrzebami Małgosi. Kształtuję u niej takie cechy osobowości, które pozwalają jej na usamodzielnienie i pokonywanie własnych trudności fizycznych i psychicznych".

Ta grupa rodziców dobrze lub bardzo dobrze radzi sobie z wszelkimi trudnościami opiekuńczymi, rehabilitacyjnymi i wychowawczymi swojego dziecka.

Wyniki umiarkowane w skali bezradności na poziomie 5 i 6 stena wskazują na występujące już poczucie bezradności wychowawczej i innych obszarach życia niepełnosprawnego dziecka. Poczucie bezradności w tej grupie badanych

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 4491033A63303331

ujawnia się jeszcze w średnim stopniu. Umiarkowane nasilenie postawy bezradności opiekuńczej i wychowawczej przejawiało w badaniach 35% rodziców. Przy czym w niewielkim zakresie przeważali tu ojcowie (35,6%) niż badane matki (34,4%).

Poczucie bezradności wychowawczej, opiekuńczej i rehabilitacyjnej rodziców w stosunku do dzieci niepełnosprawnych w tej grupie badanych może z jednej strony, pod wpływem niesprzyjających czynników domowych, a także pojawiających się trudności wraz z postępem choroby dziecka się nasilić. Z drugiej natomiast strony, umiarkowany poziom poczucia bezradności rodziców wobec dziecka może także, pod wpływem przejawianych pozytywnych cech i zachowań dziecka niepełnosprawnego, uzyskiwanych efektów w jego rehabilitacji, przyjmować coraz to niższy stopień nasilenia. Stąd też umiarkowane nasilenie postawy bezradności opiekuńczo-wychowawczej, choć uważane i oceniane jako niepożądane, to odpowiednie oddziaływanie czynników wewnątrzrodzinnych, jak i pozarodzinnych (służba zdrowia, rehabilitant, środowisko lokalne, instytucje rehabilitacyjne i wspomagające funkcjonowanie rodzin niepełnosprawnych) zaktywizują nastawienie rodziców, rozszerzą ich wiedzę i umiejętności radzenia sobie z dzieckiem.

Wyniki wysokie w skali bezradności występujące na poziomie 7–10 stena uzyskało aż 48,9% ojców i 42,8% matek. Oznacza to, że ojcowie wykazują większą bezradność opiekuńczo-rehabilitacyjną wobec dziecka niż matki.

Obliczenia statystyczne wykazały, że na poziomie ufności 0,05 (podobnie dla wszystkich innych współczynników ufności) nie zachodzą różnice pomiędzy rozkładami wartości uzyskanymi przez badaną grupę ojców i matek (χ^2 emp. wynosi 1,864, a χ^2 teor. dla df = 3 – 4,721). Stąd też nie istnieje zależność między postawami bezradności badanych ojców i badanych matek.

Uzyskane wyniki świadczą, że duży odsetek rodziców (45,8%) odczuwa znaczną lub nawet krańcową bezradność wobec problemów wychowawczych, a szczególnie opiekuńczych i rehabilitacyjnych. Te cechy zachowań rodziców świadczących o poczuciu dużej bezradności wobec problemów zdrowotnych, wychowawczych i opiekuńczych z dziećmi niepełnosprawnymi potwierdzają wyniki badanych. J.K., ojciec: „Nasz Jacuś jest dzieckiem z porażeniem mózgowia, nie wiem jak dziecku pomóc, by usprawnić fizycznie jego ciało. Boję się wykonywać z nim ćwiczenia rehabilitacyjne, żeby nie uszkodzić jego rąk czy nóg. Nie potrafię z nim się porozumiewać, jestem również bezradny wobec opiekuńczych czynności. Stan ten wzmaga stres u dziecka. Stres ten udziela się również i mnie. Nasze negatywne zachowania powiększają problemy wychowawcze i życiowe w domu". Postawa bezradności rodziców wobec

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 4491033A63303331

dzieci niepełnosprawnych, jak wskazują wypowiedzi badanych respondentów, utrudnia opiekę, wychowanie i przede wszystkim oddziaływania rehabilitacyjne skierowane na dziecko. Postawa bezradności rodziców jest ściśle związana z unikaniem wszelkich kontaktów społecznych, unikaniem trudnych sytuacji życiowych z dziećmi, a także unikaniem i zaniedbywaniem ćwiczeń usprawniających fizyczne i psychiczne czynności dziecka niepełnosprawnego.

W procesie badawczym starano się również znaleźć zależności między środowiskiem zamieszkania badanych rodziców (wiejskie i miejskie) a stopniem przejawiania postawy bezradności rodziców wobec dzieci niepełnosprawnych.

Zbiorcze wyniki badawcze w zakresie nasilenia postawy bezradności rodziców ze środowiska miejskiego i wiejskiego wobec dzieci niepełnosprawnych ujęto w tabeli 18.

Tabela 18. **Postawa bezradności rodziców wobec dziecka niepełnosprawnego w środowisku wiejskim i miejskim**

Lp.	Postawa bezradności – postawy rodziców	Środowisko zamieszkania				Ogółem	
		wiejskie		miejskie			
		liczba	%	liczba	%	liczba	%
1.	Pożądane wychowawczo	12	8,2	57	26,6	69	19,2
2.	Umiarkowanie pożądane	51	34,9	75	35,1	126	35,0
3.	Niepożądane wychowawczo	83	56,9	82	38,3	165	45,8
4.	Ogółem	146	100,0	214	100,0	360	100,0

Dokonując analizy wyników badań przedstawionych w tabeli 18, należy stwierdzić, że występuje znaczna różnica w badanej skali postaw bezradności między rodzicami ze środowiska wiejskiego i środowiska miejskiego. Różnica wyników szczególnie dotyczy pożądanych wychowawczo postaw rodzicielskich. W środowisku wiejskim tylko 8,2% badanych rodziców dobrze i bardzo dobrze radzi sobie z dziećmi niepełnosprawnymi zarówno w sferze socjalizacji, wychowania, opieki, jak i rehabilitacji. Natomiast rodzice ze środowiska miejskiego w większym stopniu, bo aż 26,6% ujawnia postawę o niskim bądź bardzo niskim stopniu nasilenia bezradności wobec swojego dziecka. Różnica wyników jest statystycznie istotna i kształtuje się na poziomie χ^2 emp. = 11,276, a χ^2 teor. dla df = 3 – 10,726. Należy więc wnioskować, że zachodzą różnice między rozkładem wartości uzyskanych przez rodziców ze środowiska miejskiego i rodziców ze środowiska wiejskiego w zakresie postaw bezradności wobec dziecka niepełnosprawnego. Wartość współczynnika zbież-

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 4491033A63303331

ności V-Cramera wynosi 0,16, co oznacza, że zależność między rodzicami ze środowiska miejskiego w porównaniu z rodzicami ze środowiska wiejskiego jest bardzo słaba.

Uzyskane wyniki badawcze świadczą, że rodzice w środowisku miejskim posiadając szerszy zakres wiedzy dotyczący niepełnosprawności dziecka, a także większą pomoc ze strony różnych instytucji wspomagających funkcjonowanie i rehabilitację dziecka, podejmują wielostronne działania skłaniające dziecko do zamierzonego rozwoju emocjonalnego, intelektualnego i fizycznego. Znajomość problemów umysłowych i ruchowych dziecka przez rodziców, pozytywne nastawienie uczuciowe do trudności życiowych dziecka, a także świadome i celowe podejmowanie czynności opiekuńczych i wychowawczych powoduje kształtowanie się postaw pożądanych wychowawczo w skali bezradności. Więcej niż co czwarty badany rodzic ze środowiska miejskiego przejawia pozytywną postawę – brak poczucia bezradności w różnych sytuacjach życia dziecka niepełnosprawnego. Ten rodzaj postawy wyzwala motywacje i dodatkowe siły rodziców do współdziałania z dzieckiem, eliminowania trudnych sytuacji wychowawczych, do podejmowania efektywnych czynności opiekuńczych, w tym także funkcji rehabilitacyjnych.

Zestawienie wyników badawczych w skali postaw bezradności ukazuje również wśród badanych rodziców ze środowiska wiejskiego różnice statystyczne między postawami pozytywnymi wychowawczo (8,2%) a postawami umiarkowanie pożądanymi (34,9%). Podobnie wysokie różnice widoczne są u rodziców w środowisku wiejskim między postawami bezradności umiarkowanie pożądanymi (34,9%) a niepożądanymi wychowawczo (56,9%).

Badani rodzice w środowisku wiejskim odczuwają często bezradność wobec problemów, jakie niesie z sobą choroba dziecka. Brak lub niepełna wiedza rodziców dotycząca przyczyn niepełnosprawności, objawów zachowań dziecka, skuteczności leczenia i rehabilitacji, a także metod i form wspomagania opiekuńczego, wychowawczego i socjalizacyjnego powoduje większą bądź mniejszą bezradność wobec dziecka.

Rodzice zarówno ze środowiska miejskiego, jak i wiejskiego, którzy wykazują dużą lub bardzo dużą bezradność opiekuńczo-wychowawczą w różnych sytuacjach życiowych dziecka, napotykają na trudności w interakcjach z dzieckiem niepełnosprawnym. Zaspokajanie potrzeb społecznych i psychicznych w tej grupie rodziców nie jest w pełni realizowane. Opieka rodzicielska również pełniona jest w sposób mało racjonalny, ze względu na brak świadomości rodziców w sferze potrzeb opiekuńczych dziecka niepełnosprawnego.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 4491033A63303331

W środowisku miejskim u badanych rodziców również występują w postawie bezradności różnice między pożądanymi wychowawczo (26,6%) a umiarkowanie pożądanymi (35,1%) oraz niepożądanymi wychowawczo postawami rodzicielskimi (38,3% badanych) – nie są to jednak różnice tak znaczne i nie wskazują na istotność statystyczną, gdyż obliczenia wskazują, że wartość χ^2 emp. wynosi 10,628, a χ^2 teor. dla df = 12 i poziomu ufności 0,05 – 16,012. χ^2 emp. < χ^2 teor., co oznacza, że w rodzinach miejskich nie ma zależności między różnymi skalami postaw bezradności wobec dzieci niepełnosprawnych.

Obraz z zestawienia wyników badawczych ujawnia także następujące prawidłowości. W środowisku miejskim rodzice wykazują mniej poczucia bezradności wobec dzieci niepełnosprawnych – 73,4% badanych respondentów opiekunów dzieci, natomiast ten sam badany wskaźnik (bezradność rodziców) w środowisku wiejskim kształtuje się na poziomie aż 91,8%.

Wypowiedzi badanych rodziców ze środowiska wiejskiego potwierdzają wyniki badawcze w skali postaw bezradności wobec dzieci. J.K., matka6-letniego syna: „Nie byłam przygotowana do opieki i rehabilitacji mojego dziecka niepełnosprawnego, mam stale poczucie niespełnienia zadań i roli rodzicielskiej wobec Wojtka. W środowisku wiejskim, gdzie mieszkamy, nikt nie interesuje się problemami życia dzieci niepełnosprawnych i ich rodzin. Żadna instytucja nie uczy rodziców opieki i wychowania nad dziećmi niepełnosprawnymi. Stąd też brak wiedzy, pomocy i wsparcia wewnątrzrodzinnego i instytucjonalnego – pozarodzinnego powoduje poczucie bezradności wobec dziecka". Postawa rodzicielska w skali bezradności nie sprzyja rozwojowi dziecka niepełnosprawnego. Nie usprawnia zaburzonych sfer fizycznych bądź psychicznych.

W dalszym toku badań interesowała mnie postawa koncentracji rodziców na dziecku w ujęciu różnych zmiennych niezależnych i ich wpływu na zmianę koncentracji rodzicielskiej w stosunku do dziecka niepełnosprawnego.

Tabela 19 prezentuje wyniki badań uzyskane w skali koncentracji ze względu na nasilenie danej postawy w badanej grupie rodziców dzieci niepełnosprawnych.

Z zestawienia danych liczbowych przedłożonych w tabeli 19 wynika, że niskie nasilenie koncentracji uczuciowych na dziecku (1 do 4 stenów) uzyskało 23,9% ojców i tylko 17,2% matek. Oznacza to, że tę grupę rodziców cechuje spokojny, zrównoważony stosunek emocjonalny do dziecka niepełnosprawnego. Rodzice ci wykazują pożądane wychowawczo postawy, które charakteryzują się zrównoważoną koncentracją uczuciową, nie wykazują przesadnej troski o dziecko. Czynności opiekuńcze i rehabilitacyjne w stosunku do dziecka realizowane są w sposób racjonalny, według wcześniej zamierzonego planu.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 4491033A63303331

Tabela 19. **Koncentracja uczuciowa rodziców na dziecku niepełnosprawnym**

Lp.	Postawa koncentracji – postawy rodziców	Ojcowie		Matki		Ogółem	
		liczba	%	liczba	%	liczba	%
1.	Pożądane wychowawczo	43	23,9	31	17,2	74	20,5
2.	Umiarkowanie pożądane	79	43,9	74	41,1	153	42,5
3.	Niepożądane wychowawczo	58	32,2	75	41,7	133	37,0
4.	Ogółem	180	100,0	180	100,0	360	100,0

Wypowiedzi badanych rodziców z tej grupy postaw rodzicielskich w skali koncentracji na dziecku potwierdzają postawy pożądane wychowawczo. Z.C., ojciec: „Dziecko nasze, choć jest niepełnosprawne, traktowane jest przeze mnie w taki sposób, by nie wykazywać nadmiernej troski i opieki. Uważam, że dziecko, szczególnie niepełnosprawne, któremu towarzyszy ciągła opieka ze strony rodziców, by nie uległo wypadkowi lub nie stała się krzywda – kształtuje egoistyczne cechy osobowości". Inna charakterystyczna wypowiedź – J.K., matka: „Chociaż zdaję sobie sprawę, że Piotr wymaga szczególnej opieki jako dziecko niepełnosprawne, ale nie ujawniam zachowań nadmiernej opiekuńczości, dążę do racjonalnej opieki i wymagam odpowiednich zachowań od dziecka".

Więcej niż co piąty badany rodzic (20,5%) zdaje sobie w pełni sprawę, że dziecko niepełnosprawne potrzebuje więcej opieki, więcej wysiłku wychowawczego, dydaktycznego i rehabilitacyjnego. Jednak z drugiej strony, zachowania rodziców wobec dziecka są przemyślane, zobiektywizowane, celowe i z pełną świadomością rodzicielską. Potrzeby psychiczne, społeczne i opiekuńcze dzieci niepełnosprawnych są zaspokajane bez wykazywanej nadmiernej emocji, w atmosferze spokojnych czynności praktycznych i werbalnych interakcji między rodzicami a dzieckiem.

Podobny odsetek badanych ojców (43,9%) i matek (41,1%) uzyskał wyniki umiarkowanie pożądane, które z jednej strony świadczą o występującej nadmiernej koncentracji uczuciowej, opiekuńczej i tendencji do przesadnej troskliwości w stosunku do dziecka, z drugiej zaś nasilenie tej skali może cechować się także racjonalnym i celowym zachowaniem emocjonalnym rodziców w stosunku do dziecka. Jednak świadomość wyrażania uczuć rodzicielskich jest tu często zachwiana, stąd też rodzice w oddziaływaniach wychowawczych i opiekuńczych do swoich dzieci niepełnosprawnych mogą także wykazywać stan niepokoju o dziecko, stres związany z jego niepełnosprawnością. Tego typu postawę rodzi-

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 4491033A63303331

cielską charakteryzuje wypowiedź badanego ojca Z.L.: „Zdaję sobie sprawę, że w stosunku do naszego chorego dziecka powinniśmy wyrażać uczucia i opiekę w sposób racjonalny i przemyślany, by wpłynęło to efektywnie na jego rozwój cech osobowości i kształtowanie zachowań społecznych. Jednak biorąc pod uwagę troskę o nasze dziecko niepełnosprawne, sprawujemy nad nim zbyt dużą opiekę, by wynagrodzić mu jego zaburzenia rozwojowe ruchu i mowy". Pojawienie się u rodziców tendencji postawy koncentracji na dziecku w stopniu umiarkowanym winno być widocznym sygnałem do uświadomienia sobie popełniania błędów opiekuńczo-wychowawczych spowodowanych niepokojem i niepotrzebnym napięciem, traumatyzujących atmosferę życia domowego skupioną na nadmiernej opiece i troskliwości nad dzieckiem niepełnosprawnym. Rodzice muszą zdawać sobie sprawę, że nadmierna koncentracja emocjonalna na dziecku może z reguły przynosić szkodę rozwojową, wychowawczą i socjalizacyjną. Stąd też zachowania rodziców wobec dziecka muszą zmierzać w sposób celowy do redukowania bądź eliminowania sytuacji ograniczających samodzielność w czynnościach opiekuńczych, higienicznych, samoobsługujących itp. Natomiast tworzyć w sposób świadomy i celowy dla dziecka niepełnosprawnego sytuacje wychowawcze, opiekuńcze i socjalizacyjne zarówno w środowisku rodzinnym, jak i pozarodzinnym.

Wyniki badań wskazują, że zbyt duża grupa rodziców – opiekunów dziecka niepełnosprawnego ujawnia postawę niepożądaną wychowawczo w skali koncentracji (37%). Przy czym znacznie więcej matek (41,7%) niż ojców (32,2%) przejawia ten rodzaj postawy. Postawa rodzicielska w skali koncentracji na dziecku niepełnosprawnym ujawnia się w wysokim lub bardzo wysokim stopniu. Stosunek rodziców do dziecka jest pełen napięcia i niepokoju. Rodziców tych charakteryzuje przesadna troskliwość, obawa przed pogłębianiem się choroby dziecka i jego głębszej niepełnosprawności, nadmierne ochranianie przed czynnościami samoobsługującymi i czynnościami, które usamodzielniają i uspołeczniają dziecko.

Rodzice przejawiający nadmierną koncentrację na dziecku mają często zbyt wygórowane wymagania w stosunku do jego osoby. Wymagania te dotyczą nauczania, zachowań dziecka, a także ćwiczeń rehabilitacyjnych, w wyniku których, zdaniem rodziców, dzieci powinny uzyskiwać widoczne efekty w sprawnościach manualnych i samodzielnego chodzenia.

Nasilenie koncentracji uczuciowej rodziców w stopniu wysokim lub bardzo wysokim cechują wypowiedzi badanych o znamiennych treściach. J.L., matka: „Boję się o syna, żeby nie zrobił sobie krzywdy". Z.L., matka: „Dziecko moje jest chore i niepełnosprawne, stąd też ciągła moja troska i niepokój o zaspoko-

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 4491033A63303331

jenie jego potrzeb biologicznych i psychicznych". S.C., ojciec: „Mimo że mój syn jest niepełnosprawny ruchowo, jednak wymagam od niego systematycznych ćwiczeń ruchowych i dobrej nauki szkolnej".

W odpowiedziach tej grupy rodziców uwidacznia się również ich troska o zdrowie i bezpieczeństwo dziecka niepełnosprawnego, dlatego też zupełnie niepotrzebnie, z pedagogicznego punktu widzenia, ograniczają jego samodzielność oraz naturalne dążenie do czynności higienicznych, samoobsługujących, kontaktów koleżeńskich w środowisku rodzinnym i pozadomowym. Koncentracja na dziecku przejawia się również u rodziców, którzy mają nadmierne wymagania i aspiracje w stosunku do dziecka niepełnosprawnego (wypowiedź 3 respondenta).

W badaniach dokonano również analizy zależności między poziomem wykształcenia rodziców a nasileniem postawy koncentracji w stosunku do dziecka. Zbiorcze wyniki tej analizy przedstawiono w tabeli 20.

Tabela 20. **Postawa koncentracji uczuciowej na dziecku a poziom wykształcenia rodziców**

Lp.	Postawa koncentracji – postawy rodziców	Poziom wykształcenia rodziców								Ogółem	
		podstawowe		zawodowe		średnie		wyższe			
		liczba	%	liczba	%	liczba	%	liczba	%	liczba	%
1.	Pożądane wychowawczo	5	8,3	17	16,8	25	22,5	27	30,7	74	20,5
2.	Umiarkowanie pożądane	19	31,7	43	42,6	52	46,9	39	44,3	153	42,5
3.	Niepożądane wychowawczo	36	60,0	41	40,6	34	30,6	22	25,0	133	37,0
4.	Ogółem	60	100,0	101	100,0	111	100,0	88	100,0	360	100,0

Wyniki badań ujęte w tabeli obrazują nam w sposób wyraźny zależność między postawą rodzicielską w skali koncentracji uczuciowej a poziomem wykształcenia rodziców.

Rodzice z wykształceniem podstawowym przejawiają w swym postępowaniu i zachowaniach wobec swoich dzieci niepełnosprawnych w większym stopniu niepożądane postawy w sferze nadmiernej koncentracji i nasilenia uczuć (60%).

Niepokoić musi fakt, że tak znacząca liczba badanych rodziców z wykształceniem podstawowym ujawnia niepożądane postawy w skali koncentracji uczuciowej na dziecku niepełnosprawnym. Ten rodzaj nasilonej postawy wynika z ciągłego niepokoju i lęku rodziców o losy dziecka, o jego niedostatki lub brak radzenia sobie z prostymi czynnościami życiowymi. Niepełnosprawność

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 4491033A63303331

dzieci dla tych rodziców stanowi dużą uciążliwość w sprawowaniu opieki. Przesadna troska i nadmierne ochranianie dziecka niepełnosprawnego wynika, jak dowodzą wypowiedzi tej grupy rodziców, z niepełnej lub braku podstawowej wiedzy dotyczącej psychomotorycznego rozwoju dzieci z określonym rodzajem i stopniem niepełnosprawności. Brak tej wiedzy powoduje zaburzenia w realizacji potrzeb opiekuńczych, psychicznych i fizycznych, specyficznych dla każdego rodzaju niepełnosprawności dziecka. Ponad połowa badanych rodziców z wykształceniem podstawowym odczuwa lęk przed stosowaniem ćwiczeń rehabilitacyjnych, ponieważ z jednej strony nie doceniają roli ćwiczeń ruchowych w usprawnieniu fizycznym dzieci, z drugiej zaś nie nabyli umiejętności wykonywania ćwiczeń rehabilitacyjnych, stąd też ich napięcie i lęk, by nie pogłębić choroby dziecka.

Brak wiedzy lub jej niepełność o chorobie dziecka powodującej jego niepełnosprawność wywołuje u rodziców postawę nadmiernie ochraniającą, by nie wyrządzić dziecku krzywdy, bo i tak, jak piszą badani „los skrzywdził dziecko czyniąc je niepełnosprawnym".

Korzystniej, jak wskazuje zestawienie wyników badań w tabeli 20, przejawiają postawy koncentracji uczuciowej rodzice z wykształceniem wyższym. Dość znaczna grupa badanych rodziców z tej grupy (30,7%) ujawnia pożądane postawy w skali koncentracji uczuciowej na dziecku. Ten sam badany wskaźnik w grupie rodziców z wykształceniem podstawowym wynosił tylko 8,3%. Należy więc uznać, że istotność różnicy między grupą badanych rodziców z wykształceniem podstawowym a rodzicami z wykształceniem wyższym jest oczywista i wynosi $\chi^2 = 74{,}12$, df = 17, p. i. $\leq 0{,}05$ – w sposób istotny różnicują wartości badanych zbiorowości grup badanych rodziców o różnym poziomie wykształcenia w przejawianej postawie koncentracji uczuciowej na dziecku w skali pożądanej wychowawczo. Przy czym uzyskana wartość współczynnika Czuprowa ($T_C = 0{,}22$) wskazuje na umiarkowaną siłę badanej zależności.

Rodzice ujawniający pożądane postawy wychowawcze w sferze wyrażania i koncentracji uczuć na dziecku, szczególnie badani z wykształceniem wyższym, wykazują racjonalność i zrównoważenie emocjonalne i opiekuńcze. Postawa tego rodzaju jest wynikiem m.in. zrozumienia i poznania przez rodziców zakresu i stopnia niepełnosprawności dziecka, jego potrzeb psychofizycznych. Charakterystyczne wypowiedzi badanych rodziców z wyższym wykształceniem przejawiają pozytywne i racjonalne postawy w skali koncentracji uczuciowej na dziecku i są przykładem poznawania i ciągłego zgłębiania choroby powodującej niepełnosprawność, rozumienie dziecka i jego potrzeb biologicznych, psychicznych i społecznych. J.K., ojciec, wykształcenie wyższe, stwierdza: „Je-

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 4491033A63303331

stem w pełni świadomy stopnia niepełnosprawności mojego syna, dużo czytam o jego chorobie. Traktuję w sferze uczuciowej Jakuba tak, jak zdrowe dziecko, rozumiem jego potrzeby zdrowotne i w pełni je realizuję". Inna wypowiedź potwierdzająca konieczność racjonalnego postępowania rodziców z dzieckiem niepełnosprawnym. Z.L., wykształcenie wyższe, matka: „Staram się, od czasu uzyskania informacji o niepełnosprawności mojej córki, zdobywać i poszerzać swoją wiedzę dotyczącą choroby Izy. Znając jej niedostatki rozwojowe, dążę do właściwej opieki, nie rozpieszczając dziecka. Stosuję zabiegi rehabilitacyjne. Darzę Izę uczuciem miłości, ale jestem świadoma, że miłość ta musi być rozsądna, by nie niszczyć jej cech osobowości". Z.M., matka, wykształcenie wyższe: „Mam dwoje dzieci, jedno z nich jest niepełnosprawne. Obydwoje kocham macierzyńską miłością, bez zbytniej troskliwości i nadopiekuńczości. Świadomie zapraszam do domu rówieśników Mateusza, by mógł kształtować cechy uspołeczniające".

Jak wynika z cytowanych wypowiedzi badanych rodziców, postawa braku nasilonej koncentracji uczuciowej na dziecku wynika przede wszystkim z dobrego rozpoznania choroby dziecka, jego stanu i niedostatków rozwojowych, świadomych oddziaływań wychowawczych, socjalizacyjnych, opiekuńczych i rehabilitacyjnych. Rodzice z tej grupy badawczej znają także potrzeby psychofizyczne dzieci, potrafią te potrzeby w sposób racjonalny zaspokajać. W procesie edukacji kształtują pewne nawyki higieniczne, opiekuńcze oraz świadomie uczą ważnych życiowo czynności praktycznych odpowiednich dla wieku dziecka i czynności umysłowych.

Zestawienie wyników przedstawionych w tabeli 19 ujawnia kilka istotnych prawidłowości:

1. Wykształcenie podstawowe rodziców (najniższe) charakteryzuje stale wzrastające nasilenie koncentracji uczuciowej na dziecku. Pożądane postawy wychowawcze – nasilenie 1–4 stenów przejawia tylko 8,3% rodziców, umiarkowanie pożądane postawy – nasilenie 5–6 stenów wyraża w zachowaniach 31,7% badanych, natomiast niepożądane postawy wychowawczo-opiekuńcze w skali koncentracji uczuciowej – nasilenie 7–10 stenów cechuje w postępowaniu z dzieckiem aż 60% badanych rodziców.
2. Wraz ze wzrastającym poziomem wykształcenia również wzrasta odsetek badanych rodziców przejawiających pożądane postawy opiekuńczo-wychowawcze w skali koncentracji emocjonalnej na dziecku. Z wykształceniem podstawowym nieznaczna liczba badanych rodziców, bo tylko 5 osób (tj. 8,3%) charakteryzuje się postawą pożądaną, z wykształceniem zawodowym postawę tę przejawia już 16,8% badanych, z wykształceniem

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 4491033A63303331

średnim odsetek z tej grupy badanych rodziców zwiększa się do 22,5%, a prawie co trzeci badany rodzic (30,7%) w zachowaniach emocjonalnych i opiekuńczo-wychowawczych cechuje się postawą racjonalną, spokojną, wyważoną uczuciowo i racjonalną w postępowaniu z dzieckiem niepełnosprawnym.

3. Umiarkowanie pożądane postawy opiekuńczo-wychowawcze w sferze koncentracji uczuciowej na dziecku nie wykazują różnic statystycznie istotnych między badanymi poziomami wykształcenia rodziców. Różnice w tej grupie postaw rodzicielskich są niewielkie. Najmniej cechuje ta postawa rodziców z wykształceniem podstawowym (31,7%). Wyniki pozostałych grup badanych rodziców z wyższym poziomem wykształcenia w zakresie postawy w sferze koncentracji uczuciowej w zasadzie nie różnią się znacząco od siebie.
4. Niepożądane wychowawczo-opiekuńcze postawy w skali koncentracji uczuciowej maleją wraz ze wzrostem poziomu wykształcenia badanych rodziców. Rodzice z wykształceniem podstawowym przejawiają aż w 60% postawę nadmiernej koncentracji na dziecku niepełnosprawnym. Są oni pełni lęku i niepokoju o zdrowie i dalsze losy dziecka. 40,6% rodziców z wykształceniem zawodowym cechuje nasilona w dużym lub bardzo dużym stopniu koncentracja uczuciowa na dziecku. Znacznie mniej badanych rodziców z wykształceniem średnim, bo tylko 30,6% ujawnia zachowanie niepożądane w sferze koncentracji emocjonalnej w stosunku do dzieci, wykazując, przesadną troskliwość, ciągłą obawę o zdrowie i bezpieczeństwo dziecka niepełnosprawnego. Najmniejszy odsetek respondentów – rodziców (25%) uzyskała w badaniach grupa rodziców z wykształceniem wyższym w zakresie znacznego i bardzo dużego nasilenia koncentracji uczuciowej w stosunku do dziecka, ograniczając jego samodzielność, wyrażając przy tym duży niepokój o sprawność i traumatyzujące napięcie nerwowe wynikające z pogłębiania bądź utrwalania choroby dziecka.
5. Rodzice z wykształceniem wyższym, jak z żadnym innym poziomem wykształcenia, stanowią większą część z pożądanymi postawami wychowawczo-opiekuńczymi w obszarze koncentracji uczuciowej (30,7%), w odróżnieniu od rodziców, którzy uzyskali w badaniach niepożądane wychowawczo postawy w skali koncentracji uczuciowej na dziecku (25%). Różnica ta, choć nie jest statystycznie istotna, gdyż $\chi^2 = 7{,}26$, df = 8, p. i. $\leq$ ni, jednak wskazuje charakterystyczną prawidłowość dotyczącą wpływu poziomu wykształcenia na kształtowanie pozytywnych postaw rodzicielskich, również i w postawie koncentracji uczuciowej na dziecku.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 4491033A63303331

Ostatnią badaną postawą rodzicielską w stosunku do dzieci niepełnosprawnych był dystans uczuciowy w kontaktach z dzieckiem.

Uzyskane wyniki w skali dystansu w sferze zachowań wychowawczych, opiekuńczych, socjalizacyjnych i emocjonalnych badanych rodziców ilustruje tabela 21.

Tabela 21. **Postawa dystansu uczuciowego rodziców wobec dzieci niepełnosprawnych**

Lp.	Postawa dystansu – postawy rodziców	Ojcowie		Matki		Ogółem	
		liczba	%	liczba	%	liczba	%
1.	Pożądane wychowawczo	42	23,9	98	54,4	141	39,2
2.	Umiarkowanie pożądane	88	48,9	61	33,9	149	41,4
3.	Niepożądane wychowawczo	49	27,2	21	11,7	70	19,4
4.	Ogółem	180	100,0	180	100,0	360	100,0

Z zestawienia wyników badawczych zamieszczonych w tabeli 21 wynika, że 39,2% rodziców, w tym aż 54,4% matek i tylko 29,9% ojców ujawniałow swych postawach rodzicielskich w skali dystansu w kontaktach z dzieckiem niepełnosprawnym pozytywne zachowania opiekuńczo-wychowawcze i emocjonalne. Tego rodzaju postawa badanych, określona na poziomie 1–4 stena wskazuje, że tę grupę rodziców cechuje bliski, serdeczny kontakt z dzieckiem. Wymiana uczuć między rodzicami a dzieckiem, a także między dzieckiem i rodzicami jest swobodna, często spontaniczna i bez ograniczeń interakcyjnych. Taka postawa tworzy miłą, wyzwalającą atmosferę opiekuńczo-wychowawczą w kontakcie z dzieckiem. Wielostronne sytuacje interpersonalne w rodzinie charakteryzuje uczucie ciepła domowego, odczuwa je także dziecko niepełnosprawne.

Przykładem bliskich kontaktów badanych rodziców z dziećmi niepełnosprawnymi są wypowiedzi matek i ojców. Z.L., matka: „Moje kontakty z Piotrusiem są bezpośrednie i pełne uczucia macierzyńskiego. Nie rozpieszczamy naszego dziecka, lecz ciągły kontakt werbalny i osobisty z synem z jednej strony zbliża nas do siebie, z drugiej strony umożliwia on efektywniejszy rozwój emocjonalny, a nawet fizyczny". Inna wypowiedź ojca o podobnej treści – J.Ł., ojciec: „Syn nasz ma upośledzenie ruchowe, nie może sprawnie poruszać się, ale kontakt intelektualny z nim jest bardzo dobry. Wykorzystuję możliwość rozmowy z nim. Każdą wolną chwilę spędzamy razem, omawiając pewne problemy, dyskutując na temat różnych spraw. Częste kontakty z synem zbliżają nas do siebie, jesteśmy wciąż blisko, tworzymy pewną wspólnotę psychiczną. Jesteśmy sobie potrzebni".

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 4491033A63303331

Miłe i serdeczne kontakty między rodzicami a dziećmi mają istotne znaczenie w procesie uspołecznienia dziecka, w przygotowaniu go do życia, kształtowaniu określonych zachowań, motywacji do działań usamodzielniających, czynności opiekuńczych i rehabilitacyjnych. Postawy rodzicielskie cechujące się brakiem dystansu uczuciowego wobec dziecka, w atmosferze szacunku i miłości w interakcjach międzyosobniczych sprawiają, że zaspokojone są potrzeby psychospołeczne dziecka, szczególnie potrzeba bezpieczeństwa, uznania, akceptacji – tak bardzo potrzebne dziecku niepełnosprawnemu w jego rozwoju psychicznym, a także fizycznym.

Umiarkowanie pożądane postawy rodzicielskie (5–6 stena) w skali dystansu uczuciowego ujawnia 149 badanych rodziców, tj. 41,4% respondentów. Z tej liczby aż 88 ojców (48,9%) przejawia ten rodzaj postawy, natomiast u badanych matek tylko w 61 przypadkach (33,9%) występuje postawa umiarkowanie pożądana w skali dystansu uczuciowego.

Wyniki takie świadczą o ujawniających się tendencjach do dystansu uczuciowego w kontaktach z dzieckiem. Określone natężenie uczuć miłości i bliskości emocjonalnej w tej grupie badanych, rodzice przejawiają i okazują w zależności od sytuacji domowej w rodzinie, a także od przeżyć społecznych, ekonomicznych i zawodowych w życiu pozarodzinnym. Jeśli rodziców dotknie negatywna sytuacja emocjonalna w środowisku lokalnym, a nawet pozalokalnym, wówczas mogą przenosić trudne sytuacje zewnątrzrodzinne na życie i interakcje w rodzinie, powodując napiętą, obojętną atmosferę, w której eliminowane są czułości w zachowaniach i kontaktach interpersonalnych, nawet z dzieckiem niepełnosprawnym. Z drugiej strony, wszelkie wydarzenia i sytuacje w domu rodzinnym oraz w środowisku lokalnym i zawodowym pozarodzinnym wywołujące pozytywne przeżycia, będą stanowiły podłoże kształtowania się postaw eliminujących dystans uczuciowy w reakcjach do dzieci niepełnosprawnych i ich zachowań w podejmowanych czynnościach opiekuńczo-wychowawczych i socjalizacyjnych. Umiarkowane przejawy zachowań występujące w skali postaw dystansu uczuciowego rodziców w kontakcie z dzieckiem powinny być ważnym sygnałem dla każdej matki i każdego ojca, by uświadomić sobie istotę rodzicielskiej roli opiekuńczo-wychowawczej nad dzieckiem niepełnosprawnym, jego psychicznego wsparcia, konieczności bliskiego i serdecznego kontaktu emocjonalnego, by dążyć do doskonalenia i poprawy wzajemnych kontaktów interpersonalnych między rodzicami a dzieckiem.

Oddziaływania przekształcające postawy rodzicielskie w skali dystansu uczuciowego powinny mieć na celu zwiększenie ekspresji uczuć, nasycenie

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 4491033A63303331

kontaktów wychowawczych i opiekuńczych oraz dialogu w codziennych, uświadomionych, zamierzonych i celowo tworzonych sytuacjach z dzieckiem, w których będzie serdeczność, ciepło, miłość i czułość. Zachowania te sprzyjają tworzeniu się atmosfery wzajemnych uczuć w rodzinie i właściwej więzi emocjonalnej dziecka niepełnosprawnego z matką i ojcem.

Wysoki wynik (7–10 stena) w skali dystansu uczuciowego uzyskało 19,4% badanych rodziców. Przy czym ten dystans uczuciowy wobec dziecka przejawiało 27,2% ojców, natomiast o wiele mniej respondentów – matek (11,7%) wskazywało na zachowanie nadmiernego dystansu. Zachowania tej grupy badanych rodziców świadczą o pewnych zaburzeniach uczuciowych rodziców w stosunku do dzieci, szczególnie do dzieci niepełnosprawnych. Postawa rodzicielska o nadmiernym dystansie uczuciowym rodziców do dziecka cechuje również wycofywanie się ojca bądź matki z bezpośrednich kontaktów, a nawet obecności z bezpośrednich sytuacji wychowawczych, opiekuńczych i socjalizacyjnych z dzieckiem. Brak ciepła i uczuć miłości w interakcjach rodzicielskich, a także brak ekspresji pozytywnych uczuć wobec dziecka powoduje niekorzystną atmosferę domową – atmosferę obojętności lub depresyjną, która przyczynia się do dalszego zaburzenia rozwoju umysłowego, zwłaszcza społeczno-uczuciowego dziecka. Postawa rodzicielska o dużej sile dystansu uczuciowego hamuje kształtowanie pozytywnych motywów do podejmowania wysiłków przez dziecko w sferze nabywania umiejętności samoobsługi, ćwiczeń rehabilitacyjnych, a nawet nauczania szkolnego i właściwego zachowania w domu rodzinnym oraz w stosunku do rówieśników w środowisku lokalnym.

Dzieci niepełnosprawne potrzebują ciepła rodzinnego, bliskich kontaktów emocjonalnych, życzliwych postaw. Bezpośrednie i serdeczne kontakty rodziców z tymi dziećmi wyzwalają u nich radość, swobodę w wykonywanych zadaniach, stymulują rozwój zaburzonych funkcji ruchowych i umysłowych, a szczególnie sfer emocjonalnych. Im dziecko bardziej kocha swoich rodziców, tym bardziej przeżywa postawę nasilającego się dystansu uczuciowego wobec niego.

Czy i w jakim stopniu środowisko zamieszkania rodziców dziecka niepełnosprawnego ma wpływ na kształtowanie się właściwych postaw w sferze dystansu uczuciowego w stosunku do dziecka. Wyniki tych badań ilustruje tabela 22.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 4491033A63303331

Tabela 22. **Postawa dystansu uczuciowego rodziców wobec dziecka niepełnosprawnego w środowisku wiejskim i miejskim**

Lp.	Postawa dystansu – postawy rodziców	Środowisko zamieszkania				Ogółem	
		miejskie		wiejskie			
		liczba	%	liczba	%	liczba	%
1.	Pożądane wychowawczo (1–4 stena)	103	48,1	38	26,0	141	39,2
2.	Umiarkowanie pożądane (5–6 stena)	77	36,0	72	49,3	149	41,4
3.	Niepożądane wychowawczo (7–10 stena)	34	15,9	36	24,7	70	19,4
4.	Ogółem	214	100,0	146	100,0	360	100,0

Wyniki badań przedstawione w tabeli 22 wskazują, że w środowisku miejskim prawie połowa badanych rodziców (48,1%) nie wykazuje postawy dystansu uczuciowego wobec dzieci. Bliskość uczuciowa, interakcje emocjonalnego ciepła są w większym stopniu i zakresie przejawiane u rodziców mieszkających w mieście niż w środowisku wiejskim (26%).

Wyliczenia statystyczne ukazują istotność różnicy między badaną grupą rodziców w środowisku miejskim i rodziców ze środowiska wiejskiego w sferze postaw dystansu uczuciowego wobec dzieci niepełnosprawnych. Świadczą o tym obliczenia $\chi^2 = 72{,}38$, df = 17, p. i. $\leq 0{,}05$, które wykazują, że badane zbiorowości ze środowiska wiejskiego i miejskiego różnią się na poziomie istotnym statystycznie ze względu na postawę dystansu uczuciowego wobec dzieci. Obliczenia statystyczne wykazały, że siła tej zależności jest umiarkowana – $T_C = 3{,}4$.

Bliski kontakt uczuciowy z dziećmi niepełnosprawnymi w środowisku miejskim ujawniają zarówno matki, jak i ojcowie. Natomiast w środowisku wiejskim matki są bardziej związane uczuciowo z dziećmi niż ojcowie, dlatego też występuje różnica między badanymi grupami rodziców w pożądanych postawach w skali dystansu emocjonalnego wobec dziecka.

Umiarkowanie pożądane postawy (5–6 stena) w sferze dystansu w kontaktach rodziców z dzieckiem przyjmuje więcej rodziców w środowisku wiejskim (49,3%) niż miejskim (36%). Rodzice z tej grupy badanych, szczególnie opiekujący się dziećmi w pierwszych okresach rozwojowych, będą mogli w bliższym bądź dalszym czasie zmienić swój stosunek do dziecka niepełnosprawnego i tworzyć pożądaną wychowawczo-opiekuńczą postawę w sferze dystansu uczuciowego. Przykładem zmniejszania dystansu uczucio-

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 4491033A63303331

wego u rodziców z umiarkowaną skalą (5–6 stena) jest np. wypowiedź badanej matki – Z.L., matka dziecka 7-letniego wyraża charakterystyczną opinię: „W pierwszym okresie po uzyskaniu informacji o niepełnosprawności dziecka odczuwałam do niego chłód uczuciowy. Przejawiało się to w moich kontaktach opiekuńczych, a także w sposobach wyrażania uczuć miłości. Potrzeby psychiczne i rehabilitacyjne również wypełniałam raczej z obowiązku niż przyjemności. Z upływem lat zrozumiałam, że syn mój jest dzieckiem niepełnosprawnym i potrzebuje więcej miłości oraz większego zbliżenia się psychicznego do niego. Zmieniam swoją postawę dystansu uczuciowego do swojego dziecka, a ono odwzajemnia mi uśmiechem i radością".

Niepożądane wychowawczo postawy w skali dystansu uczuciowego do dziecka niepełnosprawnego przejawiają w większym stopniu rodzice ze środowiska wiejskiego (24,7%) niż rodzice ze środowiska miejskiego (15,9%). Obliczenia statystyczne wskazują na zależność między zmienną niezależną jaką jest środowisko zamieszkania rodziców a przyjmowaną postawą dystansu uczuciowego wobec dziecka niepełnosprawnego, gdyż χ^2 emp. wynosi 21,624, a χ^2 teor. dla df = 8 i poziomu ufności 0,01 – 20,167. χ^2 emp. > χ^2 teor., co oznacza, że z 1% ryzykiem popełnienia błędu można twierdzić, że istnieje statystyczna różnica między rodzicami zamieszkałymi w środowisku wiejskim i miejskim. Wartość współczynnika zbieżności V-Cramera wynosi 0,1826, co oznacza, że badana zależność jest bardzo słaba.

Reasumując przedstawioną analizę postaw rodzicielskich w stosunku do swych dzieci niepełnosprawnych pod względem ilościowym i jakościowym można wyrazić następujące uogólnienia:

1. Rozkład postaw rodzicielskich w poszczególnych analizowanych skalach nie jest równomierny, gdyż w postawie górowania nad dzieckiem niepełnosprawnym przeważają postawy umiarkowanie pożądane (43,3%) i pożądane (39,2%), w postawie koncentracji rodziców na dziecku przeważają postawy umiarkowanie pożądane (42,5%) i niepożądane wychowawczo (37%). Podobnie przejawia się u badanych rodziców dzieci niepełnosprawnych postawa bezradności – góruje tu postawa niepożądana wychowawczo (45,8%) i postawa umiarkowanie niepożądana (35%). Natomiast w ostatniej z badanych postaw rodzicielskich – dystansu uczuciowego przeważają w zachowaniach opiekuńczo-wychowawczych i emocjonalnych postawy umiarkowanie pożądane (41,4%) i pożądane (39,2%).
2. Poziom wykształcenia badanych rodziców jest istotną zmienną niezależną, która wpływa na skalę postaw rodzicielskich. W każdej z wymienionych postaw rodzice z wykształceniem wyższym uzyskali wyższy wskaźnik pożądanych postaw rodzicielskich wobec dzieci niepełnosprawnych,

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 4491033A63303331

natomiast z wykształceniem podstawowym badani rodzice przejawiali w większym zakresie postawy niepożądane wychowawczo.

3. Środowisko zamieszkania badanych rodziców także ma wpływ na rodzaj przejawianych postaw rodzicielskich, gdyż w każdej analizowanej postawie rodzice ze środowiska miejskiego wyrażali korzystniejsze wychowawczo postawy. Widoczna jest, choć nieznacznie, przewaga postaw umiarkowanie pożądanej i pożądanej wychowawczo. Natomiast w rodzinach wiejskich z dzieckiem niepełnosprawnym dominuje wśród rodziców postawa umiarkowanie niepożądana i niepożądana wychowawczo.

Postawy rodzicielskie w dużym zakresie decydują o stopniu i jakości zaspokajania potrzeb psychofizycznych u dzieci niepełnosprawnych. Stąd też analizę wyników badań dotyczących poziomu i stopnia zaspokajania potrzeb przez rodziców dzieci niepełnosprawnych przedstawię w VI rozdziale niniejszej pracy.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 4491033A63303331

ROZDZIAŁ VI

Zaspokajanie przez rodziców potrzeb psychofizycznych dzieci niepełnosprawnych

Zaspokojenie potrzeb psychicznych i fizycznych każdej jednostki, a szczególnie jednostki niepełnosprawnej, jest jednym z podstawowych warunków właściwego jej rozwoju. Potrzeby psychospołeczne dziecka powstają i rozwijają się w ciągu życia i są zarazem motywacją do działania. Każdy żywy organizm reaguje na bodźce dlatego, że ma określone potrzeby psychiczne, społeczne i biologiczne.

Potrzeby dzieci, w tym i dzieci niepełnosprawnych, możemy podzielić na potrzeby materialne (potrzeba ubioru, mieszkania, dóbr konsumpcyjnych, użytecznych i materialnych), biologiczne (potrzeba snu, wypoczynku, odżywiania się) i psychospołeczne (potrzeba miłości, kontaktu społecznego, akceptacji przez innych ludzi, uznania społecznego, bezpieczeństwa, samorealizacji).

W rozważaniach o potrzebach dzieci zarówno zdrowych, jak i niepełnosprawnych należy podkreślić konieczność łącznego ujmowania potrzeb fizycznych i psychicznych, przy równoczesnym uwzględnieniu indywidualności każdej jednostki ludzkiej.

Wielu rodziców sądzi, że zaspokajając potrzeby biologiczne dziecka niepełnosprawnego, daje mu wszystko to, co jest mu niezbędne w życiu, zapominając

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 4491033A63303331

o podstawowych, psychicznych potrzebach, których brak może doprowadzić do powstania lub pogłębienia patologii zachowań i dalszego niedorozwoju fizycznego i psychicznego.

Współczesne poglądy naukowe wskazują, że potrzeby odgrywają podstawową rolę w procesie aktywizowania człowieka do działania. Dzieci niepełnosprawne, jak stwierdza J. Lausch-Żuk na podstawie własnych badań, poza podstawowymi potrzebami, od których zależy życie i rozwój psychoemocjonalny, mają potrzeby specyficzne, wynikające z ich charakterystycznych trudności rozwojowych. Znajomość tych potrzeb i prawidłowych sposobów ich zaspokajania jest podstawą właściwego procesu wychowania[136].

Do potrzeb dzieci niepełnosprawnych, które powinny być zaspokojone w środowisku rodzinnym, należy przede wszystkim: potrzeba akceptacji i poczucia bezpieczeństwa, potrzeba kontaktu społecznego, potrzeba miłości, uznania.

Istotnymi elementami, z których rodzi się poczucie bezpieczeństwa, są miłość i akceptacja. Dziecko niepełnosprawne czuje się bezpiecznie wtedy, gdy wie, że jest prawdziwie kochane. Przejawem takiego uczucia jest dążenie rodziców do osobistego i częstego kontaktu z dzieckiem.

Proces zaspokojenia takich potrzeb u dzieci niepełnosprawnych często przebiega nieprawidłowo. Dzieci te są szczególnie narażone na odrzucenie emocjonalne oraz na brak stałości i przewidywalności tak zachowań osób znaczących, jak i stałości środowiska przedmiotowego[137].

Zaspokojenie przez rodziców potrzeb dzieci, zarówno psychospołecznych, jak i biologicznych ma istotne znaczenie dla rozwoju i kształtowania się osobowości jednostki ludzkiej. Stąd też w toku prowadzonych badań na temat wiedzy rodziców o potrzebach dzieci zadano m.in. pytanie „Czy zna Pan(i) potrzeby biologiczne i psychiczne dziecka?".

Wyniki badań dotyczące wiedzy rodziców z zakresu potrzeb materialnych, opiekuńczych i psychicznych w odniesieniu do dziecka niepełnosprawnego przedstawia tabela 23.

---

[136] J. Lausch-Żuk, *Dzieci głębiej upośledzone*, [w:] Obuchowska I. (red.), *Dziecko niepełnosprawne w rodzinie*, Warszawa 1995.

[137] Tamże.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 4491033A63303331

Tabela 23. **Wiedza rodziców dotycząca potrzeb dziecka niepełnosprawnego**

Lp.	Postawy rodziców	Ojcowie		Matki		Ogółem	
		liczba	%	liczba	%	liczba	%
1.	Dobrze zna potrzeby	46	25,6	58	32,2	104	28,9
2.	Częściowo zna	97	53,8	108	60,0	205	56,9
3.	Nie zna lub błędnie zna	37	20,6	14	7,8	51	14,2
4.	Ogółem	180	100,0	180	100,0	360	100,0

Zestawienie wyników badawczych podanych w tabeli 23 wskazuje, że tylko 25,6% ojców i 32,2% matek dobrze zna potrzeby psychiczne i biologiczne swoich dzieci. Rodzice ci najczęściej udzielali odpowiedzi, np.: J.K., ojciec: „Dziecku potrzeba jest dużo ćwiczeń ruchowych, przebywania w kręgu rówieśników, a także dużo uczuć miłości i bezpieczeństwa". Inna charakterystyczna wypowiedź matki dziecka niepełnosprawnego, Z.L.: „Dziecko powinno być dobrze odżywione, być kochane i wysłuchiwane, żyć w atmosferze spokoju i ciągłego wyciszania". I.C., matka: „Dziecko musi mieć zaspokojone potrzeby miłości rodzicielskiej, rozwoju intelektualnego, bezpieczeństwa oraz zdrowy sposób odżywiania, ruchu, ubrania, zabawek i gier dziecięcych".

Rodzice wyrażający opinie o znajomości potrzeb dziecka niepełnosprawnego brali pod uwagę przede wszystkim potrzeby psychiczne w postaci: miłości, bezpieczeństwa, rozwoju intelektualnego, akceptacji, kontaktu społecznego; biologiczne, takie jak: wyżywienie, usprawnianie dziecka, ruch fizyczny (zabawy, spacery) oraz materialne, np. zakup zabawek, gier, sprzętu do usprawniania ruchowego, pomocy naukowych, ubioru.

Badania także dowodzą, że aż 53,8% ojców i 60% matek częściowo zna potrzeby psychofizyczne dzieci niepełnosprawnych. Niepełną znajomość potrzeb dziecięcych przez badanych rodziców potwierdzają ich wypowiedzi. Z.J., matka 12-letniego syna stwierdza: „Moje dziecko dla prawidłowego rozwoju fizycznego potrzebuje kontaktów z rówieśnikami i z członkami rodziny, musi być nagradzane i kochane". F.A., ojciec dowodzi: „Dziecko ma potrzeby kontaktu, czułości i miłości". Inna wypowiedź z tej grupy rodziców – Z.L., ojciec: „Dziecku potrzebny jest odpowiedni pokarm, odzież i ciągłe ćwiczenia".

Rodzice, którzy częściowo znają potrzeby swoich dzieci, spostrzegają w swych wypowiedziach znaczenie biologicznych potrzeb, w mniejszym natomiast stopniu doceniają potrzeby psychiczne. Oddziaływania jednak opiekuńcze rodziców nad dzieckiem niepełnosprawnym wskazują na zaspokojenie również potrzeb psychicznych u dzieci – miłości rodzicielskiej, czułości, dbałości

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 4491033A63303331

o bezpieczeństwo dziecka, akceptacji dziecka i jego choroby, dążność do kontaktów z przyjaciółmi itp. Należy zatem sądzić, że mimo braku pełnej znajomości potrzeb psychicznych dzieci, rodzice w sposób intuicyjny wyczuwają konieczność zaspokajania emocjonalnych, wewnętrznych sfer życia dziecka, chcą mu zrekompensować poprzez miłość i akceptację jego niepełnosprawność.

Niepokojącym zjawiskiem opiekuńczo-wychowawczym jest fakt braku znajomości lub błędnej wiedzy na temat potrzeb psychofizycznych dziecka niepełnosprawnego przez rodziców. Duży odsetek badanych ojców, bo 20,6% i znacznie mniej matek (7,8%) udzieliło błędnej odpowiedzi dotyczącej potrzeb psychofizycznych dzieci bądź stwierdziło, że nie zna żadnych potrzeb dziecięcych. Obserwacja środowiska rodzinnego poczyniona w toku badań pozwala jednak sądzić, że w praktyce opiekuńczo-wychowawczej rodziców spełniają oni czynności zaspokajające potrzeby psychiczne, biologiczne, społeczne i materialne, choć nie potrafią tego odpowiednio określić.

W analizie szczegółowej interesowały nas również wyniki badawcze dotyczące znajomości potrzeb dzieci niepełnosprawnych przez rodziców z różnym poziomem wykształcenia.

Tabela 24. **Poziom wykształcenia rodziców a ich wiedza dotycząca potrzeb psychospołecznych i biologicznych dzieci niepełnosprawnych**

Lp.	Poziom znajomości potrzeb	Poziom wykształcenia rodziców								Ogółem	
		podstawowe		zawodowe		średnie		wyższe			
		liczba	%	liczba	%	liczba	%	liczba	%	liczba	%
1.	Dobrze zna potrzeby dziecka	7	11,7	21	20,8	37	33,3	39	44,3	104	28,9
2.	Częściowo zna potrzeby	29	48,3	64	63,4	66	59,5	46	52,3	205	56,9
3.	Brak znajomości potrzeb lub zna błędnie	24	40,0	16	15,8	8	7,2	3	3,4	51	14,2
4.	Ogółem	60	100,0	101	100,0	111	100,0	88	100,0	360	100,0

Dane przedstawione w tabeli 24 dowodzą, że poziom wykształcenia rodziców ma ważne znaczenie w sferze znajomości wielorakich potrzeb dzieci niepełnosprawnych.

Szczególnie niekorzystna sytuacja w omawianym zakresie ma miejsce wśród rodziców reprezentujących niski poziom wykształcenia. Aż 40% respondentów z wykształceniem podstawowym przyznało się do braku znajomości potrzeb

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 4491033A63303331

psychospołecznych, materialnych i biologicznych swoich dzieci. Powyższy pogląd podzieliło znacznie mniej, bo tylko 15,8% rodziców z wykształceniem zawodowym. Jednakże odsetek ten wydaje się być duży, biorąc pod uwagę ważność zagadnienia, którego on dotyczy. Niepokojące jest zatem stwierdzenie jednego z badanych: „Nie znam potrzeb mojego dziecka. Wiadomo, że musi być ubrane, najedzone i musi mieć swój kąt. To jest przecież najważniejsze w codziennym życiu. A to wszystko inne, cokolwiek to znaczy, nie jest już aż tak ważne. Bez tego da się przecież żyć" (T.O., wykształcenie zawodowe). Na brak znajomości potrzeb dziecka wskazało niewiele, gdyż 7,2% rodziców z wykształceniem średnim i prawie dwukrotnie mniej (3,4%) rodziców reprezentujących wyższy poziom wykształcenia. Rodzice z wykształceniem wyższym, którzy nie są przekonani o dobrej znajomości potrzeb psychicznych i biologicznych swoich dzieci stwierdzają: „Dużo czasu spędzam z córką i wiem, czego jej naprawdę potrzeba. Nie muszę jej o nic pytać, wystarczy, że uważnie ją obserwuję i słucham" (R.F., wykształcenie wyższe). „Zaspokojenie dziecku potrzeb jest bardzo ważne, tych biologicznych i materialnych również. Nie można jednak zapomnieć o potrzebach psychicznych. Ono musi mieć poczucie, że jest kochane, szanowane i doceniane, aby mogło poradzić sobie w dorosłym życiu" (G.S., wykształcenie wyższe).

Z danych przedstawionych w tabeli 24 wynika, że poziom wykształcenia rodziców ma ważne znaczenie w sferze znajomości potrzeb dziecka. Można zaobserwować pewną zależność, dotyczącą zmiennej niezależnej w postaci poziomu wykształcenia rodziców a zmienną zależną – stopień znajomości potrzeb psychofizycznych dziecka niepełnosprawnego. Ta widoczna zależność nasuwa zatem pewną prawidłowość, że rodzice lepiej wykształceni, tj. posiadający wykształcenie wyższe i średnie, posiadają większą wiedzę pedagogiczną i trafniej rozumieją potrzeby dziecka. Natomiast rodzice z niższym poziomem wykształcenia (zawodowe i podstawowe) mają niższą wiedzę dotyczącą potrzeb biologicznych i psychicznych dzieci niepełnosprawnych. Potwierdzeniem tego poglądu jest fakt, że tylko 11,7% rodziców z wykształceniem podstawowym dobrze lub bardzo dobrze zna potrzeby psychofizyczne swojego dziecka. Z wykształceniem zawodowym już 20,8% – więcej niż co piąty badany rodzic wyraża przekonanie, że zna potrzeby dziecka. Znacznie więcej, bo 33,3% – oznacza to, że co trzeci badany respondent z wykształceniem średnim ma wiedzę dotyczącą potrzeb psychicznych swojego dziecka niepełnosprawnego. Najwyższy odsetek badanych rodziców dzieci niepełnosprawnych z wykształceniem wyższym (44,3%) przejawia dobrą znajomość potrzeb dziecięcych, których zaspokajanie przynosi optymalizację rozwoju i eliminowanie zaburzonych sfer psychicznych czy fizycznych u dziecka upośledzonego.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 4491033A63303331

Obliczenia statystyczne wykazują, że wartość χ^2 emp. wynosi 47,127, a χ^2 teor. dla df = 12 i poziomu ufności 0,01 – 23,159. χ^2 emp. > χ^2 teor., co oznacza, że z 1% ryzykiem popełnienia błędu można twierdzić, że znajomość wiedzy rodziców dzieci niepełnosprawnych z zakresu potrzeb psychicznych i fizycznych dzieci zależy od poziomu wykształcenia badanych rodziców. Powyższa zależność istnieje nawet dla $\alpha = 0{,}001$ (czyli dla 0,1% ryzyka błędu). Wartość współczynnika zbieżności V-Cramera wynosi 0,298, co oznacza, że badana zależność jest słaba.

Interesujące wyniki uzyskano w badaniach rodzin w środowisku wiejskim i miejskim. Dane dotyczące znajomości potrzeb biologicznych i psychicznych dzieci niepełnosprawnych w rodzinach miejskich i wiejskich ilustruje tabela 25.

Tabela 25. **Znajomość potrzeb dzieci niepełnosprawnych przez rodziców w środowisku wiejskim i miejskim**

Lp.	Znajomość potrzeb dzieci	Środowisko zamieszkania				Ogółem	
		miejskie		wiejskie			
		liczba	%	liczba	%	liczba	%
1.	Dobrze zna potrzeby dzieci	89	41,6	15	10,3	104	28,9
2.	Częściowo zna potrzeby dzieci	106	49,5	99	67,8	205	56,9
3.	Nie zna potrzeb dziecięcych	19	8,9	32	21,9	51	14,2
4.	Ogółem	214	100,0	146	100,0	360	100,0

Z zestawienia tabelarycznego wynika, że nieco więcej niż czterokrotnie badanych rodziców mieszkających w mieście, tj. 41,6% niż rodziców mieszkających na wsi – 10,3% wyraziło pogląd, że dobrze zna potrzeby dzieci. Wskaźniki w kategorii odpowiedzi – „częściowo zna potrzeby dzieci" – prezentują się odpowiednio: 49,5% i 67,8%. Do braku znajomości dziecięcych potrzeb przyznało się 8,9% respondentów ze środowiska miejskiego i ponad dwukrotnie więcej, gdyż 21,9% respondentów ze środowiska wiejskiego. Okazuje się zatem, że miejsce zamieszkania rodziny ma wpływ na stan wiedzy dotyczącej potrzeb dzieci.

Obliczenia statystyczne w sposób istotny wskazują, że na poziomie ufności 0,01 zachodzą różnice pomiędzy rozkładami wartości uzyskanymi przez respondentów z dwóch grup badawczych – rodzin ze środowiska miejskiego i rodzin ze środowiska wiejskiego (χ^2 emp. wynosi 17,826, a χ^2 teor. dla df = 2 – 10,37). Wartość współczynnika zbieżności V-Cramera wynosi 0,242, co

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 4491033A63303331

oznacza, że zależność między rodzicami ze środowiska miejskiego i rodzicami ze środowiska wiejskiego w zakresie znajomości potrzeb dzieci niepełnosprawnych w opinii rodziców jest słaba.

Poddano również badaniom opinie rodziców dotyczące rzeczywistego stanu zaspokojenia potrzeb psychicznych i biologicznych dzieci niepełnosprawnych.

Tabela 26. **Stan zaspokojenia potrzeb dzieci w opinii badanych rodziców**

Lp.	Postawy rodziców	Ojcowie		Matki		Ogółem	
		liczba	%	liczba	%	liczba	%
1.	Bardzo dobrze zaspokajane	14	7,8	17	9,4	31	8,6
2.	Dobrze zaspokajane	29	16,1	39	21,7	68	18,9
3.	Częściowo zaspokajane	101	56,1	93	51,7	194	53,9
4.	Nie są zaspokajane	36	20,0	31	17,2	67	18,6
5.	Ogółem	180	100,0	180	100,0	360	100,0

Zbiorcze wyniki przedstawione w tabeli 26 informują, że zarówno badane matki, jak i ojcowie dzieci niepełnosprawnych w różnym stopniu zaspokajają potrzeby psychofizyczne swoich dzieci.

Spośród rodziców przekonanych, że bardzo dobrze zaspokajają potrzeby własnych dzieci, częściej wyrażają tę opinię matki (9,4 %) niż ojcowie (7,8 %). Zaspokajanie dzieciom potrzeb materialnych, biologicznych i psychospołecznych w stopniu dobrym, również częściej deklarują matki (21,7%) niż ojcowie (16,1%). Oto wypowiedź jednej z respondentek – J. Z., matka: „Tak to już jest, że kobieta poświęca więcej czasu domowi i sprawom wychowania dziecka niż mężczyzna. I to bez względu na to czy kobieta pracuje zawodowo, czy też jest bezrobotna. Jeśli rodzic spędza czas z dzieckiem, to najzwyczajniej w świecie wie, czego mu potrzeba. A wiadomo, że każda matka chce jak najlepiej dla swojego dziecka i robi wszystko, aby w najwyższym stopniu zaspokoić jego potrzeby". Na niski poziom zaspokojenia dziecięcych potrzeb wskazała jedna piąta ojców (20%). Dla matek odsetek ten jest nieco mniejszy, gdyż wynosi 17,2%. Respondenci, szczególnie badani ojcowie, którzy przyznali się do faktu, że w niewielkim stopniu zaspokajają dziecku niepełnosprawnemu potrzeby – najczęściej te psychiczne – tłumaczą ten stan rzeczy małą ilością czasu dla dziecka oraz podzielają pogląd, że zaspokajanie potrzeb dla członków rodziny i dla dzieci jest ważne, ale tym zajmują się głównie matki. Oto charakterystyczne

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 4491033A63303331

wypowiedzi ojców: Z.L., ojciec: „Żeby zapewnić rodzinie godziwe warunki do życia, muszę dużo pracować. To z kolei powoduje, że nie mam zbyt dużo czasu na zajęcie się dziećmi. Nieraz się już zdarzyło, że o czymś dowiedziałem się dopiero po jakimś czasie od żony. Wprawdzie niedziele przeznaczam dla rodziny, ale mam świadomość, że jeden dzień w tygodniu to stanowczo za mało, aby w pełni zaspokoić potrzeby synów". Inna charakterystyczna wypowiedź, I.C., ojciec: „Moim zdaniem nikt nie zajmie się dzieckiem tak jak matka. W sumie to właśnie ona przejmuje większość obowiązków związanych z jego opieką i wychowaniem i robi wszystko, aby jak najlepiej je wypełnić. Taka jest przecież rola matki".

Wypowiedzi badanych ojców dowodzą, że w niewielkim stopniu są aktywni w wielostronnym zaspokajaniu potrzeb psychofizycznych swych dzieci niepełnosprawnych. Obowiązki z zakresu zaspokajania tych potrzeb u dzieci pragną oni przerzucić na matki, bo ich zdaniem, z dziećmi upośledzonymi potrafią one, z racji swej natury opiekuńczej i macierzyńskiej, bardziej się opiekować, kochać, akceptować. Ponadto matki znają potrzeby dziecięce, które należy realizować, by dziecko dobrze się czuło w domu rodzinnym, było radosne i w miarę optymalnie rozwijało się. Ojcowie, często zajęci pracą zawodową, nie zawsze mają czas, jak stwierdzają w badaniach, by na co dzień zajmować się opieką, wychowaniem, a w tych czynnościach rodzicielskich okazywać miłość oraz zaspokajać inne potrzeby dzieci. Ojcowie stwierdzają w badaniach, że matki z reguły nie pracują z racji pełnionej opieki nad dzieckiem niepełnosprawnym, stąd też wiele obowiązków, w tym i zaspokojenie potrzeb dzieci, należy do kobiet.

Występujące jednak różnice w uzyskanych wynikach badawczych między matkami i ojcami w zakresie zaspokajania potrzeb psychofizycznych dzieci niepełnosprawnych nie stanowią istotnej różnicy statystycznej, gdyż obliczenia statystyczne wykazują, że wartość χ^2 emp. wynosi 2,935, a χ^2 teor. dla df = 1 i poziomu ufności 0,05 – 3,674. χ^2 emp. < χ^2 teor., co oznacza, że zaspokojenie potrzeb psychofizycznych dzieci niepełnosprawnych nie zależy od płci badanych (ojców i matek).

W procesie badawczym poddano analizie zmienną niezależną w postaci poziomu wykształcenia rodziców i jego wpływu na zmienną zależną, którą stanowi stopień zaspokojenia potrzeb dzieci niepełnosprawnych.

Uzyskane wyniki badań uwidaczniają pewne różnice w rzeczywistym zaspokajaniu potrzeb dzieci przez rodziców z różnym poziomem wykształcenia. Stan ten obrazuje tabela 27.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 4491033A63303331

Tabela 27. **Rzeczywisty stan zaspokajania potrzeb dzieci przez rodziców o różnym poziomie wykształcenia**

Lp.	Stopień zaspokajania potrzeb	Poziom wykształcenia rodziców								Ogółem	
		wyższe		średnie		zawodowe		podstawowe			
		liczba	%	ilość	%	ilość	%	ilość	%	ilość	%
1.	Bardzo dobrze zaspokajane	17	19,3	11	9,9	3	3,0	0	0	31	8,6
2.	Dobrze zaspokajane	31	35,2	20	18,0	12	11,9	5	8,3	68	18,9
3.	Częściowo zaspokajane	38	43,2	67	60,4	61	60,4	28	46,7	194	53,9
4.	Nie są zaspokajane	2	2,3	13	11,7	25	24,7	27	45,0	67	18,6
5.	Ogółem	88	100,0	111	100,0	101	100,0	60	100,0	360	100,0

Analiza zebranego materiału empirycznego ujętego w tabeli 27 pozwala stwierdzić, że najwięcej respondentów deklarujących bardzo dobry stopień zaspokojenia potrzeb swoich dzieci, reprezentuje wyższy stopień wykształcenia (19,3%). Dla rodziców z wykształceniem średnim odsetek ten jest już mniejszy, wynosi on tylko 9,9%. Kategorię odpowiedzi – „bardzo dobrze zaspokajam" deklarowało zaledwie 3% badanych z wykształceniem zawodowym. Bardzo niepokojącą wydaje się być sytuacja, że żaden respondent legitymujący się najniższym poziomem wykształcenia (podstawowe) nie realizował potrzeb psychofizycznych dzieci niepełnosprawnych. Tym bardziej musi niepokoić fakt, że blisko połowa (45%) badanych rodziców z wykształceniem podstawowym stwierdziła, że nie zaspokaja potrzeb własnych dzieci. Marazm spowodowany trudną sytuacją materialną, która uniemożliwia realizację potrzeb materialnych i biologicznych wpływa niekorzystnie na funkcjonowanie wychowawcze rodziców, którego wyznacznikiem jest między innymi zaspokajanie dziecku potrzeb psychicznych i społecznych dziecka. Oto jedna z wypowiedzi.– J.K., wykształcenie podstawowe: „W dzisiejszych czasach trudno związać koniec z końcem. Brakuje na jedzenie, ubranie i opał. Trzeba się wciąż martwić o przeżycie kolejnych dni. Człowiekowi czasami nie chce się nawet porozmawiać z dzieckiem, nie mówiąc już o zabawie z nim czy o wspólnym wyjeździe nad wodę. Po prostu na nic się nie ma ochoty. Najważniejsze, żeby dziecko nie było głodne, a bez tej całej reszty można przecież żyć". Na powyższy stan rzeczy, tj. niezaspokajania potrzeb dzieci, wskazało bardzo niewielu, gdyż 2,3% rodziców z wykształceniem wyższym. Największy odsetek z tej grupy badanych ro-

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 4491033A63303331

dziców, tj. 35,2% zadeklarował, że w dobrym stopniu w życiu codziennym zaspokaja dziecięce potrzeby. Oto charakterystyczne wypowiedzi z tej grupy badanych rodziców: Z.L.: „Być rodzicem to bardzo trudna i jednocześnie odpowiedzialna sprawa. Stworzenie dziecku godziwych warunków do życia, okazywanie mu ciepła, serdeczności i akceptacji, dbanie o jego prawidłowy rozwój społeczny winny być traktowane jako podstawowy obowiązek". Inna charakterystyczna wypowiedź ojca, wykształcenie wyższe, H.C.: „Dziecko ma niezbywalne prawo do radosnego i beztroskiego dzieciństwa. Aby ono takie mogło być, rodzice muszą w jak najwyższym stopniu zaspokoić dziecku wszelkie potrzeby. Począwszy od dbałości o prawidłowe odżywianie i stworzenie mu w domu odpowiednich warunków do snu i wypoczynku, poprzez okazywanie czułości i serdeczności, nie zapominając przy tym o potrzebie dziecka do zabawy i przynależności do grupy rówieśniczej".

Dane przedstawione w tabeli 27 dowodzą, że poziom wykształcenia rodziców ma wpływ na stopień zaspokojenia potrzeb dzieci. Można dostrzec tu pewną analogię, mianowicie: im wyższy stopień wykształcenia rodziców, tym wyższy stopień realizacji zadań opiekuńczo-wychowawczych, jakim bez wątpienia jest zaspokajanie potrzeb materialnych, biologicznych i psychospołecznych dziecka.

Obliczenia statystyczne analizowanej zmiennej niezależnej (poziomu wykształcenia badanych rodziców) wykazały, że na poziomie ufności 0,01 (nawet dla $\alpha = 0{,}001$, tzn. dla miary ryzyka 0,1%) zachodzą różnice między rozkładami wartości uzyskanymi przez rodziców z różnym poziomem wykształcenia a rzeczywistym stopniem zaspokajania potrzeb psychospołecznych dzieci niepełnosprawnych (χ^2 emp. wynosi 21,368, χ^2 teor. dla df = 3 – 12,385). Wartość współczynnika zbieżności V-Cramera wynosi 0,246, co oznacza, że zależność między rodzicami z wykształceniem podstawowym, zawodowym, średnim i wyższym a stopniem zaspokajania potrzeb psychofizycznych dzieci niepełnosprawnych jest słaba.

W jaki sposób zaspokajane są potrzeby psychiczne i biologiczne dzieci niepełnosprawnych przez rodziców ze środowiska wiejskiego i miejskiego, ilustruje tabela umieszczona w aneksie (załącznik 4).

Zbiorcze wyniki wskazują, że ponad dwukrotnie więcej rodziców mieszkających w mieście, tj. 11,2% niż rodziców mieszkających na wsi (4,8%) wyraziło pogląd, że bardzo dobrze zaspokaja potrzeby materialne, biologiczne i psychospołeczne swoich dzieci. Na dobry stopień zaspokajania dzieciom tychże potrzeb wskazało również zdecydowanie więcej, gdyż 22,9% respondentów ze środowiska miejskiego. Dla respondentów reprezentujących środowisko

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 4491033A63303331

wiejskie odsetek ten jest niewielki, bowiem wynosi tylko 13%. W kategorii odpowiedzi – „częściowo zaspokajane są potrzeby psychiczne dzieci niepełnosprawnych", wskaźniki liczbowe dla obu grup badawczych osiągają zbliżoną wartość (rodziny ze środowiska miejskiego – 52,3%, rodziny ze środowiska wiejskiego – 56,2%). Znaczne różnice pomiędzy reprezentantami najbardziej typowych obszarów przestrzeni życiowej w Polsce dają się natomiast zaobserwować w kategorii odpowiedzi – „nie są zaspokajane". Do braku wywiązywania się z rodzicielskich powinności, do których między innymi należy zaspokajanie potrzeb dziecka, przyznało się 13,6% badanych z miasta i niemalże dwukrotnie więcej, tj. 26,9% badanych ze środowiska wiejskiego.

Obliczenia statystyczne zmiennej niezależnej, jaką było środowisko zamieszkania badanych rodziców (miejskie i wiejskie), wskazują, że ma ono znaczący wpływ na zmienną zależną w postaci stopnia zaspokajania potrzeb psychicznych, biologicznych, materialnych i opiekuńczych dzieci niepełnosprawnych. Obliczenia ilościowe dowodzą, że istnieje różnica statystyczna w badanych grupach rodziców pochodzących z miasta i rodziców ze środowiska wiejskiego, gdyż wartość χ^2 emp. wynosi 21,967, a χ^2 teor. dla df = 9 i poziomu ufności 0,01. χ^2 emp. > χ^2 teor., co oznacza, że z 1% ryzykiem popełnienia błędu można twierdzić, że stopień zaspokajania potrzeb dzieci zależy od środowiska zamieszkania badanych rodziców. Wartość współczynnika zbieżności V-Cramera wynosi 0,189, co oznacza, że badana zależność jest bardzo słaba.

Dokonaliśmy również analizy zależności między stopniem zaspokajania potrzeb dzieci niepełnosprawnych a wiekiem badanych rodziców. Dane liczbowe i procentowe dotyczące tej sfery badawczej obrazuje tabela zamieszczona w aneksie (załącznik 5).

Zbiorcze zestawienia wyników badawczych dowodzą, że najwyższy odsetek badanych rodziców (15,3%), który wskazał na bardzo wysoki stopień zaspokajania potrzeb dziecka, zarówno biologicznych, jak i psychicznych, mieści się w przedziale życia respondentów 20 do 30 lat. Z powyższym poglądem identyfikuje o 3% mniej rodziców zaklasyfikowanych do drugiego przedziału wiekowego, czyli 31 do 35 lat. Odsetek rodziców oceniających stan zaspokojenia potrzeb swoich dzieci w stopniu bardzo dobrym maleje wraz z ich coraz starszym wiekiem, osiągając tylko 4,2% w przedziale wiekowym 46–55 lat. Rzeczywisty stan zaspokajania dziecięcych potrzeb w stopniu dobrym reprezentuje również najwięcej rodziców z pierwszego – najmłodszego przedziału wiekowego. W tej kategorii odpowiedzi, podobnie jak poprzednio, obserwujemy tę samą tendencję: im starszy wiek rodziców, tym stopień zaspokojenia potrzeb psychospołecznych dziecka jest mniejszy. Należy również zauważyć,

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 4491033A63303331

że prawie czwarta część badanych rodziców w wieku 41–45 lat (22,8%) oraz w wieku 46–55 lat (22,5%) nie zaspokaja dzieciom ich potrzeb emocjonalnych i rozwojowych. Analizując wypowiedzi respondentów z podanych wyżej grup wiekowych, można wyrazić pogląd, że przyczyną takiego stanu rzeczy jest zmęczenie opieką nad dzieckiem niepełnosprawnym i spadkiem sił witalnych z racji wieku życia rodziców. Oto jedna z charakterystycznych wypowiedzi: „Kto ma zdrowe dziecko, nigdy nie zrozumie, ile trudu wymaga opieka i wychowanie dziecka niepełnosprawnego. Jakkolwiek to okrutnie brzmi, jest to prawdziwe. Potrzeby biologiczne i materialne takiego dziecka są całkiem inne od potrzeb dziecka pełnosprawnego. Jak człowiek był młodszy, miał wówczas więcej sił do opieki nad dzieckiem. Ale z każdym rokiem siły są mniejsze. Wiadomo, że oboje z żoną bardzo kochamy naszą córkę i staramy się zaspokoić jej potrzeby psychiczne, ale zdrowie nasze i siły fizyczne z każdym rokiem coraz bardziej wyczerpują się, a są one przecież bardzo ważne dla życia człowieka" (D.T., 54 lata).

Zmienna niezależna w postaci wieku życia badanych rodziców ma istotny wpływ, choć w niewielkim stopniu, na stopień zaspokajania potrzeb dzieci niepełnosprawnych. Dowodzą o tym zjawisku społecznym obliczenia statystyczne, które wykazują, że na poziomie ufności 0,05 (dla $\alpha = 0{,}01$ brak jest podstaw do odrzucenia hipotezy H_0) zachodzą różnice pomiędzy rozkładami wartości uzyskanymi przez badanych rodziców dzieci niepełnosprawnych w różnych przedziałach wiekowych (χ^2 emp. wynosi 8,972, a χ^2 teor. dla df = 3 – 7,614). Wartość współczynnika zbieżności V-Cramera wynosi 0,1496, co oznacza, że zależność między rodzicami w różnym przedziale wiekowym a stopniem zaspokojenia potrzeb psychofizycznych dzieci jest bardzo słaba. Rodziny w starszym wieku w mniejszym stopniu zaspokajają potrzeby psychiczne, opiekuńcze, rehabilitacyjne i edukacyjne dzieci niż rodzice w przedziałach o niższym wieku życia.

Jakie rodzaje potrzeb psychicznych, społecznych, biologicznych i rehabilitacyjnych realizują rodzice w stosunku do dziecka niepełnosprawnego? Wyniki realizacji różnych rodzajów potrzeb przez rodziców dzieci niepełnosprawnych ilustruje tabela 28.

Na podstawie przeprowadzonych badań wykazano, jak wskazują wyniki przedstawione w tabeli 28, że matki w większym stopniu niż ojcowie zaspokajają swym niepełnosprawnym dzieciom potrzeby biologiczne, psychiczne, rehabilitacyjne i społeczne. Największa różnica między reprezentantami obojga płci daje się zauważyć przy okazywaniu dzieciom wyrozumiałości. Zaspokajanie dziecku wyżej wymienionej potrzeby zadeklarowało 30% matek i znacznie

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 4491033A63303331

mniej badanych ojców, bo tylko 16,1%. Ci ostatni najczęściej tłumaczą istniejący stan rzeczy wrodzonymi cechami osobowościowymi kobiet. Oto wypowiedź jednego z ojców. Z.L.: „Kobiety zasadniczo różnią się od mężczyzn tym, że mają większy zakres tolerancji wobec różnych spraw, a zwłaszcza wobec tych, które dotyczą dzieci. Potrafią więcej im wybaczyć i świetnie tłumaczą niektóre ich zachowania, nawet te niewłaściwe. Mają większą wyrozumiałość dla dziecka, które nie wywiązało się z jakiegoś obowiązku domowego czy szkolnego. Mężczyzna zaraz się denerwuje, a kobieta stara się tę sytuację zrozumieć i wytłumaczyć na korzyść dziecka".

Tabela 28. **Zaspokajanie poszczególnych potrzeb dziecka niepełnosprawnego przez badanych rodziców***

Lp.	Potrzeba dziecka	Ojcowie		Matki		Ogółem	
		liczba	%	liczba	%	liczba	%
1.	Miłości	72	40,0	79	43,9	151	42,0
2.	Bezpieczeństwa	62	34,4	71	39,4	133	36,9
3.	Akceptacji	36	20,0	48	26,7	84	23,3
4.	Kontaktu z rówieśnikami	27	15,0	29	16,1	56	15,5
5.	Nie są zaspokajane	31	17,2	37	20,5	68	18,9
6.	Edukacji	22	12,2	29	16,1	51	14,2
7.	Przyjaznej atmosfery	34	18,9	59	27,2	93	25,8
8.	Przebywania z rodzicami	41	22,8	49	27,2	90	25,0
9.	Wyrozumiałości	29	16,1	54	30,0	83	23,1
10.	Właściwego odżywiania	34	18,9	41	22,8	75	20,8
11.	Potrzeby materialne	51	28,3	69	38,3	120	33,3
12.	Ogółem	439	243,9	565	313,9	1004	278,9

* Odpowiedzi nie sumują się do 100%, gdyż badani mogli podać więcej niż jedną odpowiedź.

Z omawianą powyżej potrzebą psychiczną dziecka nierozerwalnie wiąże się potrzeba akceptacji, którą zaspokaja swym dzieciom 26,7% matek i tylko 20% ojców. Respondenci tłumaczą ten fakt specyficznymi cechami miłości matki do dziecka i miłości ojca do niego. Znamienną cechą miłości macierzyńskiej jest m.in. bezwarunkowość. Z kolei miłość ojcowska jest miłością warunkową. Oto wypowiedź jednej z matek, J.K.: „Matka z reguły akceptuje dziecko takim, jakim ono jest, bez dodatkowych wymagań. Nie chodzi o to, aby dziecko mogło robić, co mu się podoba. Wiadomo, że musi wywiązywać się z powierzonych obowiązków domowych, musi odpowiednio zachowywać się. Ja

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 4491033A63303331

kocham swoje dziecko, szczególnie to niepełnosprawne, miłością, która wynika ze swej natury macierzyńskiej. Jest to przecież oczywiste. Jednakże ojcowskie oczekiwania wobec dziecka nie są już tak przyziemne. Najlepiej, żeby zrobiło coś »ponad program«, by ojciec mógł odczuwać satysfakcję i dumę".

Podobny pogląd wyraża K. Pospiszyl[138] w książce *O miłości ojcowskiej*, że miłość ojca do dziecka jest miłością warunkową. Dotyczy to, jak wynika z niniejszych badań, również ojców z dziećmi niepełnosprawnymi.

Uzyskane wyniki badań pozwalają na postawienie tezy, że ojcowie również w mniejszym stopniu niż matki (różnica 8,3%) zaspokajają potrzebę przyjaznej atmosfery u dziecka. Na ocieplenie atmosfery życia domowego i stosunków wewnątrzrodzinnych ogromny wpływ ma osoba matki, od której w pierwszej kolejności oczekuje się ekspresji uczuć, serdeczności, ciepła i zaspokajania innych potrzeb, zwłaszcza psychicznych. Różnica między respondentami obojga płci, w zakresie zaspokajania dzieciom potrzeby przyjaznej atmosfery, zdaje się potwierdzać powyższy pogląd.

Z zestawienia tabelarycznego wynika również, że matki w większym stopniu niż ojcowie zaspokajają potrzeby materialne swych dzieci.

Najmniejszą różnicę między matkami a ojcami (wynosi ona 1,1%) można zauważyć w kategorii odpowiedzi dotyczącej niezmiernie ważnej potrzeby społecznej dziecka niepełnosprawnego, jaką jest potrzeba kontaktu z rówieśnikami. Rodzice odnoszą się przychylnie do obcowania dziecka niepełnosprawnego z rówieśnikami i tylko w wyjątkowych okolicznościach ograniczają możliwość kontaktowania się z niektórymi kolegami. Świadczą o tym następujące wypowiedzi: H.C.: „Sytuacja, w której dziecko siedzi samo w domu, bo nie ma kolegów, nie jest normalna. Cieszę się zatem, że mój syn, choć jest niepełnosprawny, ma towarzyszy zabawy, z którymi spędza niemalże każdą wolną chwilę". J.K., matka, stwierdza: „Nie mam nic przeciwko temu, aby syn spotykał się z kolegami. W początkowym okresie znajomości przychodzili oni do domu, co było dla nas niezmiernie korzystne. Mogliśmy w ten sposób lepiej ich poznać. Teraz nie mamy obawy, że towarzystwo kolegów źle wpłynie na naszego syna". Inny pogląd, Z.C., ojca: „Dziecko musi przebywać z rówieśnikami, by mogło normalnie rozwijać się".

Obliczenia statystyczne wykazały, że na poziomie ufności 0,02 (dla $\alpha = 0{,}01$ brak jest podstaw do odrzucenia hipotezy H_0) zachodzą różnice między rozkładami wartości uzyskanymi przez badanych ojców i matki (χ^2 emp. wynosi 10,176, a χ^2 teor. dla df = 3 – 9,964). Zatem płeć badanych

---

[138] K. Pospiszyl, *O miłości ojcowskiej*, Warszawa 1976.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 4491033A63303331

różnicuje w sposób istotny zaspokajanie różnych rodzajów potrzeb psychicznych, biologicznych, społecznych i rehabilitacyjnych w stosunku do dzieci niepełnosprawnych. Wartość współczynnika zbieżności V-Cramera wynosi 0,186, co oznacza, że zależność między ojcami i matkami w zakresie zaspokajania wielostronnych potrzeb dzieci niepełnosprawnych jest bardzo słaba. Ojcowie w mniejszym zakresie realizują różne rodzaje potrzeb dziecięcych niż matki dzieci niepełnosprawnych.

Środowisko zamieszkania rodziców opiekujących się dziećmi niepełnosprawnymi ma także istotny wpływ na stopień zaspokojenia ich potrzeb psychicznych, społecznych, biologicznych i rehabilitacyjnych. Wyniki badań dotyczących realizacji różnych potrzeb dzieci niepełnosprawnych przez rodziców ze środowiska wiejskiego i miejskiego przedstawia tabela umieszczona w aneksie pracy (załącznik 6).

Rodzice mieszkający w mieście, jak wynika z badań, w większym stopniu niż rodzice mieszkający w środowisku wiejskim, zaspokajają różnorodne potrzeby swych niepełnosprawnych dzieci. Różnice te są najbardziej widoczne w zakresie realizacji potrzeb materialnych. Prawie o połowę mniej badanych rodziców ze środowiska wiejskiego w porównaniu z badanymi rodzicami ze środowiska miejskiego zadeklarowała wypełnianie materialnych potrzeb w sferze zadań opiekuńczych. Wypowiedzi respondentów dowodzą, że ich skromne możliwości finansowe powodują istotne ograniczenia w zaspokajaniu wielu potrzeb rodziny, w tym potrzeb materialnych. Oto charakterystyczne wypowiedzi rodziców zamieszkujących na wsi – J.K., matka: „W mieście życie jest łatwiejsze niż na wsi, gdyż łatwiej jest tam znaleźć jakieś zajęcie. Z gospodarstwa rolnego dochody są tak niewielkie, że z trudem wystarcza na jako takie życie". Inna wypowiedź ojca – Z.M.: „Nie da się wyżyć z emerytury rolniczej. Staramy się wprawdzie tak gospodarować pieniędzmi, aby dzieci miały to, co jest im niezbędne. Ale nie możemy już sobie pozwolić na to, aby spełnić wszystkie ich potrzeby materialne, a szczególnie potrzeby dziecka niepełnosprawnego, które łączą się także z jego rehabilitacją, co jest dla nas bardzo smutne".

Niezmiernie ważną potrzebą dziecka niepełnosprawnego jest potrzeba rehabilitacji. Korzystniejszą sytuację w zakresie jej realizacji mają dzieci mieszkające w mieście niż w środowisku wiejskim. Przyczyny takiego stanu rzeczy można upatrywać w słabej infrastrukturze rehabilitacyjnej środowiska wiejskiego, lub co częściej się zdarza – w jej braku. Znaczne oddalenie placówek rehabilitacyjnych od miejsca zamieszkania rodziny, połączone niejednokrotnie z brakiem własnego samochodu powoduje, że wiele dzieci niepełnosprawnych ze środowiska wiejskiego nie uczestniczy w zajęciach

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 4491033A63303331

rehabilitacyjnych prowadzonych przez specjalistyczne instytucje. Świadczy o tym charakterystyczna wypowiedź matki dziecka 12-letniego: „Do miasta mamy 14 kilometrów. Prawdę mówiąc nie jest to dużo, ale podróż autobusem z niepełnosprawnym ruchowo dzieckiem nie należy do najprostszych. Kwestia powrotu do domu też jest problematyczna, bo trzeba długo czekać na powrotny środek lokomocji".

Miejsce zamieszkania rodziny nie ma istotnego wpływu na zaspokajanie bardzo ważnej potrzeby psychicznej, mianowicie przyjaznej atmosfery (różnica między respondentami ze środowiska miejskiego i wiejskiego wynosi 0,9%) oraz jednej z potrzeb biologicznych, jaką jest troska rodziców o właściwe odżywianie (różnica wynosi 1,6%). Wyznacznikiem przyjaznej atmosfery dla rodziców z obu środowisk są przede wszystkim: wzajemne zrozumienie i szacunek, partnerskie relacje z dziećmi oraz brak większych nieporozumień. Oto wybrane wypowiedzi badanych rodziców: „W naszym domu panują stosunki partnerskie oparte na zrozumieniu i tolerancji"; „Wiadomo, że opieka nad dzieckiem niepełnosprawnym wymaga dużo trudu, czasami jest ciężko, ale robimy wszystko, by w domu panowała harmonia i pogodny nastrój"; „W domu panuje miła atmosfera życia rodzinnego bez konfliktów, sprzeczek i niepotrzebnego hałasu"; „Staram się, by moja córka, która ma porażenie mózgowia, wiedziała, że ma we mnie oparcie psychiczne, że może w każdej chwili zwrócić się o pomoc i wsparcie". Serdeczna atmosfera życia domowego rodziny z dzieckiem niepełnosprawnym sprzyja zaspokajaniu poczucia bezpieczeństwa dziecku, tak bardzo potrzebnego szczególnie dziecku niepełnosprawnemu.

Potrzeba miłości i bezpieczeństwa dziecka niepełnosprawnego zaspokajana jest przez rodziców poprzez bliski kontakt fizyczny i emocjonalny między rodzicami a dzieckiem. Wzajemne odczuwanie pozytywnych stanów psychicznych między matką, ojcem a dzieckiem niepełnosprawnym chroni je przed stresem, zagrożeniem bezpieczeństwa, lękiem.

Obliczenia statystyczne wykazały, że na poziomie ufności 0,1 (dla $\alpha = 0{,}05$ brak jest podstaw do odrzucenia hipotezy Ho) zachodzą nieznaczne, ale statystycznie istotne różnice między badanymi rodzicami ze środowiska miejskiego i badanymi rodzicami ze środowiska wiejskiego w zaspokajaniu różnych potrzeb psychicznych, biologicznych, materialnych i rehabilitacyjnych. Wyliczenia statystyczne zmiennych niezależnych i zależnych uzyskały wartości w postaci χ^2 emp. wynosi 3,286, a χ^2 teor. dla df = 1 – 2,871. Wartość współczynnika zbieżności V-Cramera wynosi 0,126, co oznacza, że zależność między rodzicami ze środowiska miejskiego i środowiska wiejskiego w sferze zaspokojenia potrzeb psychicznych, fizycznych, materialnych i rehabilitacyjnych dzieci jest bardzo słaba. Rodzice ze środowiska miejskiego w nieco większym zakresie

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 4491033A63303331

zaspokajają wielostronne potrzeby dzieci niepełnosprawnych niż rodzice ze środowiska wiejskiego.

Jedną z najważniejszych potrzeb psychicznych jest miłość rodzicielska do dziecka. Każde dziecko potrzebuje miłości od matki i ojca. Jest ona doskonałym katalizatorem powodującym dobre samopoczucie w domu rodzinnym, właściwego rozwoju emocjonalnego, cech charakteru, akceptacji własnej osoby.

Jaki jest stopień zaspokojenia potrzeby miłości dziecka niepełnosprawnego przez rodziców z różnym poziomem wykształcenia, przedstawia tabela 29.

Tabela 29. **Stopień zaspokojenia potrzeby miłości dziecka niepełnosprawnego przez rodziców z różnym poziomem wykształcenia**

Lp.	Stopień zaspokojenia potrzeby miłości	Poziom wykształcenia								Ogółem	
		podstawowe		zawodowe		średnie		wyższe			
		liczba	%	liczba	%	liczba	%	liczba	%	liczba	%
1.	Bardzo wysoki	7	11,7	17	17,8	24	22,6	23	26,1	71	19,7
2.	Wysoki	12	20,0	27	26,7	35	31,5	36	40,9	110	30,6
3.	Średni	21	35,0	38	37,6	38	34,2	27	30,7	124	34,4
4.	Niski	20	33,3	19	18,8	14	12,6	2	2,3	55	15,3
5.	Ogółem	60	100,0	101	100,0	111	100,0	88	100,0	360	100,0

Wyniki badań ujęte w tabeli 29 wskazują, że więcej niż czwarta część badanych rodziców z wykształceniem wyższym (26,1%) w bardzo wysokim stopniu zaspokaja swym niepełnosprawnym dzieciom potrzebę miłości. Oto wybrane wypowiedzi respondentów tłumaczące wybór powyższej kategorii odpowiedzi: „Traktujemy syna jak prawdziwego przyjaciela. Najważniejsze decyzje podejmujemy razem. On wie, że jest dla nas najważniejszy"; „Staram się jak najwięcej czasu spędzać w domu, by móc wiele rzeczy robić wspólnie z synem"; „Zawsze wysłucham tego, co córka ma mi do powiedzenia, interesuję się jej życiem, mam czas na zabawę z nią, nigdy jej nie odtrącam, gdy zwraca się do mnie z zapytaniem"; „Kocham córkę taką, jaka ona jest"; „Przytulam swoją córkę i pieszczę, bo ona tego potrzebuje". Odsetek rodziców, którzy deklarują bardzo wysoki stopień okazywania dzieciom uczucia miłości, maleje wraz z ich poziomem wykształcenia, osiągając niewiele ponad 10% dla rodziców legitymujących się jego najniższym poziomem. Stosunkowo dużo, gdyż 40,9% respondentów z wyższym poziomem wykształcenia żywi przekonanie, że w stopniu dobrym zaspokaja dzieciom ich najważniejszą potrzebę psychiczną w postaci miłości rodzicielskiej. Natomiast przekonanie o wysokim stopniu zaspokajania potrzeb miłości jest zaledwieu 20% rodziców reprezentujących

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 4491033A63303331

podstawowy poziom wykształcenia. Z kolei zdecydowana większość tych ostatnich, tj. 33,3 % określiła stopień zapewnienia dzieciom uczucia miłości jako niski, co należy uznać za fakt bardzo niepokojący. Na taki stan rzeczy wskazało niemalże 15-krotnie mniej rodziców z wyższym poziomem wykształcenia, w porównaniu z badanymi rodzicami z wykształceniem podstawowym.

Można sądzić, że zaspokajanie dzieciom potrzeby miłości w stopniu bardzo wysokim i wysokim przez rodziców reprezentujących wyższy poziom wykształcenia, wynika stąd, że posiadają oni więcej wiedzy dotyczącej prawidłowości rozwojowych dziecka i mają większą świadomość faktu, że dzieci pozbawione tego elementarnego uczucia rozwijają się gorzej, mimo że wszystkie ich potrzeby biologiczne i materialne mogą być zaspokajane.

Potrzeba zaspokojenia miłości u dziecka, szczególnie dziecka niepełnosprawnego, jest podstawową i niezbędną w życiu potrzebą psychiczną. Słuszny wyraża pogląd J. Wilk[139], dowodząc, że zaspokojenie potrzeby miłości u dziecka wiąże się przede wszystkim z rodziną i tylko rodziną. Brak zaspokajania potrzeby miłości u dzieci, jak wskazuje H. Cudak[140], może powodować zaburzenia natury emocjonalnej (nademocjonalność bądź zahamowanie rozwoju sfer emocjonalnych), niedorozwój uczuciowy, a nawet zachwianie rozwoju społecznego dzieci.

Uzyskane wyniki badawcze wskazują na pewne prawidłowości:

1. Im wyższy poziom wykształcenia posiadają rodzice, tym w większym stopniu zaspokajają dziecku niepełnosprawnemu potrzebę miłości.
2. Niski stopień zaspokojenia potrzeby miłości u dziecka niepełnosprawnego warunkuje także poziom wykształcenia rodziców. Oznacza to, że z wyższym poziomem wykształcenia rodziców tylko 2,3% badanych w niewielkim stopniu zaspokaja potrzeby miłości u dzieci, z wykształceniem średnim już 12,6% badanych rodziców nie zaspokaja tej potrzeby, z wykształceniem zawodowym aż 18,8% rodziców nie realizuje w życiu codziennym zaspokajania potrzeby miłości u dzieci niepełnosprawnych. Najwięcej, bo aż 33,3% badanych rodziców z wykształceniem najniższym – podstawowym ma problemy z zaspokajaniem potrzeby miłości swojego dziecka.

Obliczenia statystyczne wykazują, że wykształcenie rodziców jako zmienna niezależna warunkuje stopień zaspokojenia potrzeby miłości u dzieci niepełnosprawnych, gdyż wartość χ^2 emp. wynosi 10,266, a χ^2 teor. dla df = 3 i poziomu

---

139 J. Wilk, *Pedagogika rodziny*, Lublin 2002.

140 H. Cudak, *Funkcje rodziny w pierwszych okresach rozwojowych dzieci*, Warszawa 2001.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 4491033A63303331

ufności 0,05 – 8,326 (dla $\alpha = 0,01$ brak jest podstaw do odrzucenia hipotezy H_0). χ^2 emp. > χ^2 teor., co oznacza, że z 5% ryzykiem popełnienia błędu można twierdzić, że stopień okazywania uczuć miłości dzieciom niepełnosprawnym uzależniony jest od poziomu wykształcenia rodziców. Rodzice z wykształceniem wyższym znacznie częściej przekazują uczucie miłości swym dzieciom niepełnosprawnym niż rodzice z niższym poziomem wykształcenia. Wartość współczynnika zbieżności V-Cramera wynosi 0,286, co oznacza, że badana zbieżność, choć statystycznie istotna, ale jest w słabej zależności.

Czy rodzice zaspokajają potrzebę miłości w zależności od wieku dziecka niepełnosprawnego? Dane dotyczące zależności między wiekiem badanych dzieci a stopniem zaspokajania potrzeby miłości przez rodziców przedstawia tabela umieszczona w aneksie opracowania (załącznik 7).

Wiek badanych dzieci niepełnosprawnych, jako zmienna niezależna, ma pewien wpływ na stopień zaspokojenia potrzeby miłości, gdyż nieco więcej niż czwarta część badanych dzieci (25,5%) w wieku 6–10 lat ma zaspokojoną potrzebę miłości w stopniu bardzo wysokim. Dla dzieci niepełnosprawnych w wieku 0–5 lat odsetek ten jest niewiele mniejszy, gdyż wynosi 21,1%. Mniej optymistyczne wydają się być już spostrzeżenia, że coraz mniejszy procent nastolatków (18,5%), odczuwa zaspokojoną potrzebę miłości przez rodziców w optymalnym zakresie. Tego stanu rzeczy doświadcza niewiele, gdyż tylko 14,6% dzieci niepełnosprawnych w wieku 16–20 lat. Dokonując analizy danych liczbowych w kategorii odpowiedzi wskazującej na wysoki stopień zaspokajania potrzeby miłości, można również stwierdzić, że im starsze dzieci, tym mniejszy ich odsetek w wysokim stopniu ma zaspokojoną potrzebę miłości rodzicielskiej. Z kolei odwrotną zależność obserwujemy w kategorii odpowiedzi „niski stopień zaspokojenia dzieciom potrzeby miłości". Im starsze dzieci, tym większy ich odsetek (22% – ponad jedna piąta dzieci w wieku 16–20 lat) doświadcza w niezadowalającym stopniu uczucia miłości ze strony rodziców. Natomiast w młodszych okresach rozwojowych jest mniej dzieci niepełnosprawnych, które mają poczucie braku zaspokojenia potrzeb miłości przez matkę i ojca.

Absurdalne byłoby stwierdzenie, że rodzice bardziej kochają dzieci młodsze niż starsze. Jednakże wiele wypowiedzi respondentów wskazuje na fakt łączenia przez nich stopnia zaspokojenia dzieciom potrzeby miłości z okazywaniem im zewnętrznej czułości i serdeczności. Oto charakterystyczne stwierdzenie – J.K., matka 15-letniej córki niepełnosprawnej: „Jak córka była młodsza, to częściej ją przytulaliśmy i całowaliśmy. Teraz ma 15 lat i sprawia wrażenie, jakby już nie potrzebowała fizycznej bliskości z nami". Zaprezentowana wypowiedź wskazuje

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 4491033A63303331

na pewną prawidłowość rozwojową nastolatków, mianowicie: starsze dzieci już w mniejszym stopniu potrzebują zewnętrznych niewerbalnych przejawów miłości i czułości ze strony rodziców. Podkreślić jednak należy oczywisty fakt, aczkolwiek być może zapomniany przez niektórych badanych rodziców, że dzieci, niezależnie od wieku, w jakim są, pragną otwartej, życzliwej i dającej poczucie bezpieczeństwa miłości rodziców.

Podane zbiorcze wyniki badawcze w tabeli (załącznik 7) przedstawiają również taką prawidłowość, że potrzeba miłości rodzicielskiej w stosunku do dzieci niepełnosprawnych w stopniu wysokim i średnim w różnych badanych przedziałach wiekowych jest w podobnym stopniu zaspokajana. Występują natomiast różnice statystyczne w poszczególnych przedziałach wiekowych dzieci w bardzo wysokim i niskim zaspokojeniu potrzeby miłości rodzicielskiej. Obliczenia testem chi-kwadrat wskazują, że wiek dzieci niepełnosprawnych różnicuje bardzo wysoki i niski stopień zaspokojenia potrzeby miłości przez rodziców ($\chi^2 = 20{,}64$, df = 12,48, p. i. < 0,05). Obliczenia współczynnika Czuprowa pokazują jednakże małą siłę tego związku ($T_C = 0{,}26$).

Inną badaną zmienną niezależną było środowisko zamieszkania badanych rodziców z dzieckiem niepełnosprawnym i jego wpływ na zaspokajanie istotnej potrzeby psychicznej w postaci miłości rodzicielskiej. Wyniki tej sfery badawczej przedstawiono w tabeli 30.

Tabela 30. **Poziom zaspokojenia potrzeby miłości u dzieci niepełnosprawnych przez rodziców w środowisku wiejskim i miejskim**

Lp.	Poziom zaspokojenia potrzeby miłości	Środowisko zamieszkania				Ogółem	
		Miejskie		Wiejskie			
		liczba	%	liczba	%	liczba	%
1.	Bardzo wysoki	47	22,0	24	16,4	71	19,7
2.	Wysoki	79	36,9	31	21,2	110	30,6
3.	Średni	61	28,5	63	43,2	124	34,4
4.	Niski	27	12,6	28	19,2	55	15,3
5.	Ogółem	214	100,0	146	100,0	360	100,0

Wyniki uzyskane w toku badań i przedstawione w tabeli 30 dowodzą, że rodzice ze środowiska miejskiego w nieco większym stopniu niż rodzice ze środowiska wiejskiego zaspokajają swym niepełnosprawnym dzieciom potrzebę miłości. Na bardzo wysoki stopień zaspokajania dzieciom pragnienia miłości rodzicielskiej wskazało 22% rodziców mieszkających w mieście i mniej, bo

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 4491033A63303331

tylko 16,4% rodziców ze środowiska wiejskiego. O ile różnica między reprezentantami obu środowisk, w podanej wyżej kategorii odpowiedzi, nie jest tak bardzo znacząca, o tyle jest już zauważalna w kategorii odpowiedzi wskazującej na wysoki stopień okazywania dzieciom uczucia miłości, który zadeklarowało 36,9% respondentów ze środowiska miejskiego i już znacznie mniej, gdyż 21,2% respondentów ze środowiska wiejskiego. Do niskiego stopnia zaspokajania dzieciom potrzeby miłości przyznało się więcej rodziców zamieszkujących wieś (19,2 %) niż mieszkających w mieście (12,6%).

Większy stopień zaspokajania potrzeby miłości przez rodziców ze środowiska miejskiego w stosunku do swych dzieci niepełnosprawnych wynika przynajmniej z trzech ważnych uwarunkowań rodzinnych:

1. Rodziny z dzieckiem niepełnosprawnym w mieście są przeważnie o strukturze rodziny małej z jednym dzieckiem, stąd też całą miłość rodzicielską, szczególnie matki, pragną przelać na jedyne dziecko funkcjonujące w rodzinie.
2. W rodzinach miejskich jest większa nadopiekuńczość i otwartość przekazywania uczuć miłości niż w rodzinach wiejskich, dlatego też w badanych rodzinach miejskich jest znacznie wyższy poziom zaspokojenia potrzeb miłości w stopniu „bardzo wysokim" i „wysokim" niż w badanych rodzinach wiejskich.
3. W rodzinach miejskich jest wyższy poziom kultury pedagogicznej, stąd też i wyższy poziom świadomości opiekuńczo-wychowawczej. Prawidłową konsekwencją tej świadomości jest refleksja rodziców dzieci niepełnosprawnych o konieczności zaspokojenia tej najważniejszej potrzeby psychicznej dziecka niepełnosprawnego, jaką jest potrzeba miłości rodzicielskiej.

Reasumując, należy stwierdzić, że istnieje statystyczna różnica badanych grup rodziców ze względu na ich miejsce zamieszkania, gdyż obliczenia testem chi-kwadrat ($\chi^2 = 24{,}865$, df = 9, p. i. $\leq 0{,}05$) w sposób wyraźny różnicują badane zbiorowości rodziców ze środowiska miejskiego i środowiska wiejskiego ze względu na stopień zaspokojenia potrzeb miłości dzieci niepełnosprawnych. Współczynnik Czuprowa wskazuje jednak na słaby związek badanych cech (TC = 0,26).

Potrzeba bezpieczeństwa jest niezbędnie konieczna dziecku niepełnosprawnemu w jego rozwoju psychicznym i fizycznym. Dziecko ze względu na swą niepełnosprawność, szczególnie ruchową, wymaga zwiększonej opieki, w której występować będzie troska rodziców o jego bezpieczeństwo.

Jaki jest stopień zaspokojenia potrzeby bezpieczeństwa dzieci niepełnosprawnych przez rodziców?

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 4491033A63303331

Interesujące wyniki uzyskano w badaniach w zakresie zależności między stopniem zaspokojenia potrzeby bezpieczeństwa dzieci niepełnosprawnych a poziomem wykształcenia ich rodziców. Zbiorcze zestawienie tych danych empirycznych zawiera tabela 31.

Tabela 31. **Stopień zaspokojenia potrzeby bezpieczeństwa dzieci niepełnosprawnych przez rodziców z różnym poziomem wykształcenia**

Lp.	Stopień zaspokajania potrzeby bezpieczeństwa	Poziom wykształcenia rodziców								Ogółem	
		wyższe		średnie		zawodowe		podstawowe			
		liczba	%	liczba	%	liczba	%	liczba	%	liczba	%
1.	Bardzo wysoki	19	21,6	16	14,4	12	11,9	5	8,3	52	14,5
2.	Wysoki	31	35,2	31	27,9	26	25,7	16	26,7	104	28,9
3.	Średni	29	33,0	51	46,0	46	45,6	21	35,0	147	49,8
4.	Niski	9	10,2	13	11,7	17	16,8	18	30,0	57	15,8
5.	Ogółem	88	100,0	111	100,0	101	100,0	60	100,0	360	100,0

Wyniki dotyczące zaspokojenia potrzeby bezpieczeństwa dziecku niepełnosprawnemu uzyskane w toku badań, zaprezentowane w tabeli 31, dowodzą, że na zaspokojenie dziecku potrzeby bezpieczeństwa w stopniu bardzo wysokim wskazało najwięcej, gdyż ponad jedna piąta badanych rodziców z wykształceniem wyższym (27,6%). Podany stopień realizacji potrzeby bezpieczeństwa zadeklarowało ponad trzykrotnie mniej (8,3%) rodziców reprezentujących najniższy – podstawowy poziom wykształcenia. Wskaźniki liczbowe w kategorii odpowiedzi wskazującej na wysoki stopień zapewnienia dzieciom niepełnosprawnym potrzeby bezpieczeństwa układają się podobnie. Najwięcej rodziców z wykształceniem wyższym (35,2%) ocenia, że w stopniu dobrym dba o niezagrożone samopoczucie swych dzieci. Z poglądem tym identyfikuje się już mniej rodziców z wykształceniem średnim, gdyż 27,9%, jeszcze mniej, gdyż 25,7% rodziców z wykształceniem zawodowym. Rodzice, którzy stwierdzili, że w stopniu bardzo wysokim i wysokim zaspokajają swym niepełnosprawnym dzieciom potrzebę bezpieczeństwa, podejmują w tym zakresie wielorakie działania. Dotyczą one zapewnienia dzieciom poczucia bezpieczeństwa w sensie fizycznym i psychicznym. Oto charakterystyczne wypowiedzi: „Często sprawdzamy, czy córka bawi się bezpiecznie na podwórku"; „Córka ma zapewnioną opiekę ze strony dorosłego przez cały dzień, albo jest pod naszym czujnym okiem, albo pilnuje jej babcia".

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 4491033A63303331

Jednak zdecydowana większość respondentów warunki sprzyjające realizacji dzieciom poczucia bezpieczeństwa utożsamiała z serdeczną atmosferą domową bez awantur i konfliktów, z gotowością niesienia dziecku pomocy, ze wspólnymi rozmowami i spędzaniem z nim czasu wolnego. Świadczą o tym następujące wypowiedzi: „Staramy się rozmawiać z dzieckiem na różne tematy, pocieszać w trudnych chwilach, mówić mu, że jest kochane"; „W domu panuje miła atmosfera bez awantur, hałasu i picia alkoholu"; „Staramy się, aby syn wiedział, że ma w nas oparcie, że może w każdej chwili zwrócić się do nas o radę".

Część respondentów przyznała się do niskiego stopnia zaspokajania dzieciom analizowanej tu potrzeby. Uczyniło tak najmniej, gdyż 10,2% rodziców reprezentujących wyższy poziom wykształcenia i aż trzykrotnie więcej rodziców z najniższym poziomem wykształcenia (30%), co należy uznać za fakt bardzo niepokojący. Możemy zatem stwierdzić, że rodzice z wyższym poziomem wykształcenia w większym stopniu niż rodzice legitymujący się wykształceniem zawodowym czy podstawowym, zaspokajają swym dzieciom potrzebę bezpieczeństwa. Można przypuszczać, że rodzice bardziej wykształceni mają większą świadomość faktu, iż realizacja potrzeby bezpieczeństwa warunkuje jego prawidłowy rozwój, wpływa na kształtowanie umiejętności nawiązywania i utrzymywania pozytywnych stosunków z innymi ludźmi, sprzyja osiąganiu przez jednostkę coraz większej równowagi między jej potrzebami indywidualnymi i społecznymi.

Zestawienie wyników badawczych zawartych w tabeli 31 ukazuje pewną prawidłowość dotyczącą faktu, że:

– Im wyższy poziom wykształcenia prezentują badani rodzice, tym wyższy jest stopień zaspokojenia potrzeby bezpieczeństwa u dzieci niepełnosprawnych.
– Z wykształceniem wyższym istnieje przewaga rodziców (56,8%), którzy zaspokajają potrzebę bezpieczeństwa u swych dzieci niepełnosprawnych. W pozostałych poziomach wykształcenia badanych rodziców większa część wypełnia potrzebę bezpieczeństwa w stopniu dostatecznym i niskim.
– Niepokojącym zjawiskiem jest wynik badawczy rodziców z wykształceniem podstawowym i zawodowym, gdyż pierwsza grupa badawcza tylko w 35% dobrze i bardzo dobrze wypełnia zadania w sferze zaspokojenia potrzeby bezpieczeństwa, a w drugiej grupie (wykształcenie zawodowe) – 37,6% badanych rodziców zaspokaja ten rodzaj potrzeby dzieciom niepełnosprawnym.

Obliczenia statystyczne wskazują, że poziom wykształcenia badanych rodziców różnicuje w znacznym stopniu stopień zaspokojenia potrzeby bezpieczeństwa u dzieci niepełnosprawnych, gdyż $\chi^2 = 21{,}48$, df = 8, p.i. $\leq 0{,}05$.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 4491033A63303331

Współczynnik Czuprowa wynosi $T_C = 0,4$ i świadczy o dość dużej sile związku statystycznego.

W jakim stopniu środowisko, w którym zamieszkuje rodzina, przyczynia się do zaspokojenia, jakże ważnej potrzeby bezpieczeństwa u dzieci niepełnosprawnych? Dane dotyczące tej sfery badawczej ilustruje tabela umieszczona w aneksie (załącznik 8).

Analiza wyników zaprezentowanych w zestawieniu tabelarycznym wskazuje, że rodzice ze środowiska miejskiego w większym zakresie zaspokajają potrzebę bezpieczeństwa niż rodzice ze środowiska wiejskiego.

Pierwsza grupa rodziców (środowisko miejskie) w bardzo wysokim stopniu (16,4%) zaspokaja potrzebę bezpieczeństwa u dzieci niepełnosprawnych, natomiast druga grupa badanych rodziców (środowisko wiejskie) tylko w 13% realizuje tę potrzebę swemu dziecku.

Zdecydowanie większa różnica występuje między badanymi rodzicami ze środowiska miejskiego (36%) a rodzicami ze środowiska wiejskiego (18,5%) w zakresie wskaźnika wysokiego stopnia zaspokojenia potrzeby bezpieczeństwa u dzieci niepełnosprawnych. Różnica w badanych wskaźnikach na korzyść rodziców ze środowiska miejskiego wynosi prawie dwukrotność, tj. o 17,5% więcej badanych rodziców.

Interesujące wyniki uzyskano również w badanym wskaźniku z zakresu niskiego stopnia zaspokojenia potrzeby bezpieczeństwa u dzieci przez rodziców ze środowiska miejskiego i wiejskiego. O nieodpowiednim, niskim stopniu zaspokojenia tej potrzeby opowiedziało się w badaniach aż 23,3% respondentów – rodziców mieszkających na wsi, natomiast nieco więcej niż co dziesiąty badany rodzic (10,8%) ze środowiska miejskiego.

Wypowiedzi badanych rodziców ze środowiska wiejskiego świadczą o pewnych zaniedbaniach w sferze realizacji potrzeby bezpieczeństwa u dzieci niepełnosprawnych – J.K., matka dziecka 14-letniego: „Nie zawsze mam czas, by właściwie opiekować się swym dzieckiem. Piotruś ma niedowład nóg, nie może chodzić. Często zdarza się, że przez moje i męża niedopatrzenie, syn przewróci się na podłogę. Praca nasza w gospodarstwie domowym i rolnym powoduje pozostawienie Piotrka bez odpowiedniej opieki fizycznej. Czasem zrobi sobie jakąś krzywdę, bo chce sam się obsłużyć". Inna charakterystyczna wypowiedź Z.L., ojca dziewczynki 16-letniej: „Mieszkanie nasze nie jest dostosowane do niepełnosprawności dziecka. Stąd też nasza Ewa odczuwa lęk przed poruszaniem się. Nie ma żadnej pomocy dla opieki i rehabilitacji córki, a ja nie mam czasu dla niej, bo pracy w gospodarstwie jest dużo. Żadna insty-

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 4491033A63303331

tucja wiejska, szkoła też nie jest dostosowana do bezpiecznego poruszania się ludzi niepełnosprawnych. Dlatego też dziecko siedzi w domu, bo zagrożone jest upadkiem i zrobieniem sobie krzywdy".

Obliczenia statystyczne wskazują, że środowisko zamieszkania badanych rodziców różnicuje na poziomie istotnym statystycznie ($\chi^2 = 21{,}624$, df = 7, p. i. $\leq 0{,}05$), należy więc uważać, że między rodzicami ze środowiska miejskiego a rodzicami ze środowiska wiejskiego istnieją statystyczne różnice w stopniu zaspokajania potrzeby bezpieczeństwa u dzieci niepełnosprawnych. Współczynnik Czuprowa wynosi $T_C = 0{,}4$ i świadczy o dość dużej sile związku statystycznego.

Reasumując wyniki badań dotyczące realizacji potrzeb psychicznych, fizycznych i społecznych u dzieci niepełnosprawnych przez ich rodziców, należy w zakończeniu rozdziału wyeksponować następujące uogólnienia:

1. Znajomość potrzeb psychofizycznych u dzieci niepełnosprawnych przez badanych rodziców jest w większości na przeciętnym bądź niskim poziomie.
2. Zaspokojenie przez rodziców potrzeb psychicznych, biologicznych, społecznych i rehabilitacyjnych dzieci niepełnosprawnych jest bardziej intuicyjne, wynikające często z instynktu macierzyńskiego i obowiązków rodzicielskich niż refleksyjne, z pełną świadomością opiekuńczo-wychowawczą.
3. Stopień zaspokojenia potrzeb psychofizycznych dzieci niepełnosprawnych przez rodziców jest na poziomie średnich wskaźników. W niewielkim zakresie są te potrzeby realizowane w wysokim i bardzo wysokim stopniu.
4. Rodzice ze środowiska miejskiego mają większą wrażliwość opiekuńczo-wychowawczą, stąd też stopień realizacji potrzeb dzieci niepełnosprawnych jest zaspokajany w większym zakresie w rodzinach miejskich niż rodzinach ze środowiska wiejskiego.
5. Zaspokojenie potrzeb psychicznych, biologicznych i rehabilitacyjnych dzieci niepełnosprawnych przez rodziców uzależnione jest od poziomu ich wykształcenia. Im wyższy poziom wykształcenia posiadają rodzice dzieci niepełnosprawnych, tym w większym stopniu realizują potrzeby dzieci. Dotyczy to również analizowanych potrzeb miłości i bezpieczeństwa u dzieci niepełnosprawnych.
6. W większym stopniu rodzice zaspokajają potrzeby psychofizyczne swych niepełnosprawnych dzieci w młodszych okresach rozwojowych, szczególnie w okresie od 5 do 10 roku życia. W mniejszym stopniu zaspokojone są potrzeby, szczególnie potrzeba miłości, serdeczności, akceptacji u dzieci w wieku 16–20 lat.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 4491033A63303331

ROZDZIAŁ VII

Świadomość i oddziaływania wychowawcze rodziców w stosunku do dziecka niepełnosprawnego

Wprowadzenie

Rodzina stanowi dla dziecka niepełnosprawnego niezmiernie ważne środowisko wychowawcze. Oddziałuje ono na dziecko w sposób wielostronny, w toku emocjonalnych oddziaływań, a także racjonalnych, refleksyjnych, świadomych i celowych działań, kształtując poznanie i rozumienie przez dziecko zjawisk i faktów w otaczającej rzeczywistości materialnej, społecznej i przyrodniczej. Rodzice poprzez zróżnicowane i wielostronne oddziaływania uczą dziecko niepełnosprawne rozumienia pewnych pojęć, zachowania, norm społecznych i higienicznych, kształtują jego charakter, rozwój fizyczny i psychiczny, a także usprawniają zaburzenia i ułomności fizyczne bądź psychiczne.

Stopień i zakres oddziaływań wychowawczych na dziecko niepełnosprawne zależy przede wszystkim od poziomu i jakości świadomości wychowawczej rodziców.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 4491033A63303331

Przez pojęcie świadomości rozumieć będziemy właściwość nadaną tylko jednostce ludzkiej, która wyraża się zdolnością do zdawania sobie sprawy z własnego zachowania, jego uwarunkowań i konsekwencji[141].

Częściej do pedagogicznych sfer poznawczych stosuje pojęcie świadomości wychowawczej. A. Płukis traktuje to pojęcie jako intelektualny – poznawczy komponent kultury pedagogicznej, na który składają się następujące składniki: wiedza rodziców dotycząca rozwoju i wychowania dziecka, znajomość celów i zadań wychowawczych, a także znajomość przez rodziców-wychowawców zasad i metod wychowawczych oraz wielorakich uwarunkowań rozwoju osobowości dziecka[142].

Aby rodzice mogli wypełniać właściwie funkcje rodzicielskie wobec swych dzieci z pewnymi dysfunkcjami fizycznymi bądź psychicznymi, muszą zdawać sobie sprawę z celów własnej działalności rodzicielskiej, rozumieć i znać pewne uwarunkowania rozwojowe dziecka, jego trudności opiekuńcze, wychowawcze i socjalizacyjne wynikające z ułomności dziecka. Mieć świadomość wychowawczą – jak stwierdza H. Cudak[143], tzn. mieć wiedzę dotyczącą rozwoju i wychowania dziecka, znać zadania i cele wychowawcze, mieć określony model wychowania, wiedzieć, jakie stosować metody oddziaływania, rehabilitacji, by gwarantowały one eliminowanie niedostatków rozwojowych u dzieci i zbliżały do przyjętego wzorca wychowawczego. Przedmiotem analizy w niniejszym rozdziale będzie stopień i zakres świadomości wychowawczej rodziców w stosunku do dziecka niepełnosprawnego oraz umiejętności wychowawcze rodziców realizowane w trakcie opieki nad dzieckiem niepełnosprawnym.

Świadomość wychowawcza rodziców niepełnosprawnych dzieci

Racjonalna opieka, życzliwe i serdeczne postępowanie rodziców, stawianie właściwych wymagań, jest rzeczą nadrzędną w procesie wychowania dziecka niepełnosprawnego. Na rodzinie spoczywa obowiązek stworzenia dzieciom wartościowych pod względem wychowawczym warunków rozwoju przez odpowiednią organizację życia, wysoką kulturę pedagogiczną w sferze różnych form działalności wychowawczej oraz metod wychowania.

---

141 W. Okoń, *Nowy słownik pedagogiczny*, Warszawa 2001.

142 A. Płukis, *Społeczno-pedagogiczne funkcje kultury pedagogicznej rodziców*, Toruń 1985.

143 H. Cudak, *Szkice z badań nad rodziną*, Kielce 1995.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 4491033A63303331

O skuteczności opieki jako metody wychowania, jak dowodzi M. Grochociński[144], decyduje nadanie jej właściwego charakteru, przestrzeganie, by stawiane dziecku wymagania były racjonalne i adekwatne do jego wieku i możliwości psychofizycznych, egzekwowane taktownie i konsekwentnie, by nie zachodziła sprzeczność z postawą życzliwości i wyrozumiałości.

Wiedza pedagogiczna i psychologiczna dotycząca uwarunkowań rozwojowych i wychowawczych dziecka niepełnosprawnego pełni istotną rolę w środowisku rodzinnym. Na wiedzę pedagogiczną, jako ważny składnik świadomości wychowawczej rodziców, składają się „informacje, określenia, twierdzenia, znajomość zasad, zaleceń i idei postępowania wychowawczego oraz uwarunkowań rozwoju psychicznego i fizycznego dziecka"[145]. Wiedza pedagogiczna i psychologiczna rodziców z zakresu wychowania i rozwoju dziecka niepełnosprawnego stanowi ważny warunek efektywnego wychowania rodzinnego i podstawę do właściwych i optymalnych oddziaływań opiekuńczo-wychowawczych.

Badając znajomość wiedzy rodziców dzieci niepełnosprawnych z zakresu rozwoju i wychowania dziecka, przyjęto do badań następujące zmienne zależne:

1. Wiedza rodziców dzieci niepełnosprawnych dotycząca okresów rozwojowych i ich potrzeb psychofizycznych.
2. Znajomość metod oddziaływania wychowawczego przez rodziców z dziećmi niepełnosprawnymi.

Badając poziom i treść wiedzy rodziców w zakresie znajomości okresów rozwojowych dzieci zadano w wywiadzie pytania dotyczące wyszczególnienia kryteriów rozwojowych dzieci w poszczególnych okresach rozwojowych.

Wyniki badań dotyczące znajomości okresów rozwojowych dzieci przez rodziców, którzy opiekują się dziećmi niepełnosprawnymi, przedstawiono w tabeli 32.

Dane zamieszczone w tabeli 32 dowodzą, że matki prezentują wyższy niż ojcowie poziom wiedzy dotyczącej okresów rozwojowych dziecka. Znajomość trzech i więcej stadiów rozwojowych dziecka zadeklarowała blisko piąta część badanych matek (18,9%). Zdecydowanie mniej, gdyż 12,8% ojców wykazało się znajomością trzech i więcej okresów rozwojowych u dzieci. Na znajomość przynajmniej dwóch faz rozwojowych dziecka wskazało również więcej matek (43,3%) niż ojców (32,2%). Do braku znajomości okresów rozwojowych dziecka przyznało się ponad 21,1% ojców i znacznie mniej, gdyż tylko 9,4% matek.

---

144 M. Grochociński, *Kultura pedagogiczna rodziców*..., op.cit.

145 H. Cudak, *Szkice z badań nad rodziną*, op.cit., s. 137.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 4491033A63303331

Tabela 32. **Wiedza badanych rodziców dotycząca okresów rozwojowych dzieci**

Lp.	Znajomość okresów rozwojowych	Ojcowie		Matki		Ogółem	
		liczba	%	liczba	%	liczba	%
1.	Trzy i więcej okresów rozwojowych	23	12,8	34	18,9	57	15,8
2.	Dwa okresy	61	33,9	78	43,4	139	38,6
3.	Jeden okres	58	32,2	51	28,3	109	30,3
4.	Brak znajomości (błędna wiedza)	38	21,2	17	9,4	55	15,3
5.	Ogółem	180	100,0	180	100,0	360	100,0

Matki dzieci niepełnosprawnych, jak wykazały badania, zdecydowanie chętniej niż ojcowie sięgają po fachową literaturę z zakresu upośledzenia dziecka, jego przyczyn. Część z nich w czasie ciąży, jak i po urodzeniu dziecka staje się wiernymi czytelniczkami takich pism jak: „Mamo to ja", „Matka i Dziecko", „Twoje Dziecko", „Dziecko". Oto wybrane wypowiedzi; J.K., matka 7-letniego dziecka stwierdza: „Przed zajściem w ciążę w ogóle nie interesowały mnie takie tytuły jak »Matka i Dziecko« czy »Twoje Dziecko«. Ale potem wszystko się zmieniło. Chciałam dowiedzieć się czegoś o rozwoju swojego dziecka przed i po urodzeniu". Inna charakterystyczna wypowiedź I.C. – matki: „Dla młodej matki wszystko jest nieznane. Dobrze, że można bez problemu kupić różnorodne miesięczniki dotyczące opieki nad małym dzieckiem". Albo inna wypowiedź matki, P.K.: „Zarówno z książek, jak i czasopism można naprawdę dużo dowiedzieć się o rozwoju fizycznym, psychicznym, emocjonalnym i społecznym dziecka. To bardzo dobrze, że się one ukazują".

Z kolei część ojców wyraziła pogląd, że ich niewielka wiedza dotycząca okresów rozwojowych dziecka bądź jej brak nie ma większego wpływu na prawidłowy rozwój ich dzieci. Powinność zgłębiania wiedzy na podane wyżej zagadnienie niejako scedowali na żony. Oto jedna z charakterystycznych wypowiedzi – Z.M., ojciec dziecka niepełnosprawnego: „Wystarczy, jak kobieta będzie znała wszelkie prawidłowości rozwoju fizycznego i psychicznego dziecka. Zresztą matki w tym względzie są zawsze lepsze od ojców. Ponadto bardziej interesują się tą problematyką i niech tak już zostanie".

Obliczenia statystyczne wskazują, że wartość χ^2 emp. wynosi 23,42, a χ^2 teor. dla df = 4 i poziomu ufności 0,01 – 14,274. χ^2 emp. > χ^2 teor., co oznacza, że z 1% ryzykiem popełnienia błędu można twierdzić, że badane matki mają większy zakres wiedzy dotyczący okresów rozwojowych dzieci niż badani ojcowie. Zależność więc między płcią badanych (matki i ojcowie) a znajomością rozwojową dzieci niepełnosprawnych jest istotna statystycznie.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 4491033A63303331

Jednakże wartość współczynnika zbieżności V-Cramera wynosi 0,321, co oznacza, że badana zależność jest na poziomie słabym.

Interesujące wyniki uzyskano w badaniach ze względu na zależność między poziomem wykształcenia rodziców dzieci niepełnosprawnych a posiadaną przez nich wiedzą z zakresu okresów rozwojowych dzieci.

Zestawienie tabelaryczne wyników badawczych dotyczące tego zagadnienia zamieszczono w aneksie (załącznik 9).

Analiza wyników zbiorczych wskazuje, że znajomość trzech i więcej okresów rozwojowych dziecka przejawia najwięcej, gdyż 27,3% rodziców legitymujących się wykształceniem wyższym. Odsetek ten maleje wraz z obniżaniem poziomu wykształcenia badanych rodziców, ponieważ z wykształceniem średnim pełna znajomość okresów rozwojowych jest u 18,9% rodziców, z wykształceniem zawodowym już 8,9%. Natomiast niepokojąco niski stopień znajomości okresów rozwojowych dzieci (5%) jest u rodziców, którzy ukończyli tylko szkołę podstawową.

Wyniki te ukazują pewną prawidłowość: im wyższy poziom wykształcenia posiadają badani rodzice, tym większy stopień i zakres wiedzy mają rodzice z zakresu sfer i etapów rozwojowych dzieci, w tym i dzieci niepełnosprawnych.

Podobna tendencja jest zauważalna w kategorii odpowiedzi wskazującej na znajomość przez rodziców dwóch stadiów rozwojowych dziecka. Wiedzę w omawianym zakresie przejawiało niewiele ponad czwartą część badanych rodziców z wykształceniem podstawowym i niemalże dwukrotnie więcej (50%) rodziców reprezentujących wyższy poziom wykształcenia. Dla tych ostatnich, orientacja w obszarze omawianej tu problematyki ma ogromne znaczenie. Dzięki wiedzy na temat prawidłowości i odstępstw rozwojowych w poszczególnych etapach życia dzieci i młodzieży, potrafią oni w większym stopniu rozpoznawać wszelkie odchylenia od prawidłowego rozwoju fizycznego i psychicznego w danym okresie. W przypadku ewentualnych zaburzeń rozwojowych mogą również w odpowiednim czasie postawić diagnozę i otoczyć dziecko specjalistyczną opieką rehabilitacyjną, rewalidacyjną bądź korekcyjno-kompensacyjną. Oto charakterystyczne wypowiedzi – H.C., matka 12-letniej córki niepełnosprawnej: „Wiadomo, że rodzice spędzają ze swoim dzieckiem najwięcej czasu i to oni w pierwszej kolejności powinni zauważyć ewentualne nieprawidłowości w ich rozwoju. Ale, aby móc coś zaobserwować, trzeba najpierw wiedzieć, na co należy zwrócić uwagę. No bo jak zauważyć odstępstwa od prawidłowego rozwoju dziecka, kiedy nie wie się, jak ten rozwój powinien przebiegać?". Inna

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 4491033A63303331

charakterystyczna wypowiedź ojca 14-letniego dziecka, Z.L.: „Najważniejsze to w porę zauważyć, że z dzieckiem jest coś nie tak. Tłumaczenie, że wychowawca czy pedagog szkolny nic nie zauważyli, jest pozbawione sensu. To przede wszystkim rodzic musi posiadać choćby najogólniejszą wiedzę o rozwoju dziecka i to on daje pierwszy sygnał, gdy zaobserwuje coś niepokojącego".

Najwyższy odsetek rodziców, którzy potrafią wymienić tylko jeden okres rozwojowy dziecka, stanowią ci, którzy reprezentują niski poziom wykształcenia, tj. zawodowy (42,6%) i podstawowy (37,7%). Również na brak znajomości wiedzy w tym zakresie wskazało najwięcej respondentów legitymujących się niskim bądź bardzo niskim poziomem wykształcenia. Bardzo niepokojącymi wydają się być wyniki badań, które dowodzą, że prawie trzecia część badanych rodziców (31,6%) z wykształceniem podstawowym deklaruje brak orientacji w obszarze tak istotnego zagadnienia, jakie stanowi wiedza o rozwoju dzieci i młodzieży. W swych oddziaływaniach opiekuńczo-wychowawczych kierują się jedynie osobistym doświadczeniem i intuicją.

Analiza wyników badań dotycząca wskaźnika „brak znajomości lub błędna wiedza" z zakresu faz rozwojowych dzieci i młodzieży ujawnia, iż wśród rodziców z wykształceniem wyższym nie ma tej wiedzy tylko 6,8% badanych, z wykształceniem średnim prawie dwa razy więcej (12,6%) badanych rodziców wykazuje brak wiedzy o okresach rozwojowych, z poziomem wykształcenia zawodowego już 15,8% rodziców ujawnia brak wiedzy. Natomiast rodzice z wykształceniem podstawowym dokładnie dwa razy więcej (31,6%) niż z wykształceniem zawodowym (15,8%) i prawie pięciokrotnie więcej niż z wykształceniem wyższym (6,8%) wskazują na brak wiedzy o okresach rozwojowych dzieci. Stąd też można sformułować wniosek: im niższe wykształcenie posiadają badani rodzice, tym wiedza rodziców o okresach rozwojowych dzieci i młodzieży jest coraz uboższa.

Obliczenia statystyczne wskazują na statystyczną różnicę między poziomem wykształcenia a posiadaną wiedzą dotyczącą rozwoju dzieci i młodzieży, gdyż na poziomie ufności 0,01 zachodzą różnice pomiędzy rozkładami wartości uzyskanymi przez rodziców z grup badawczych o różnym poziomie wykształcenia (χ^2 emp. wynosi 11,027, a χ^2 teor. dla df = 3 – 10,724). Wartość współczynnika zbieżności V-Cramera wynosi 0,24, co oznacza, że zależność między poziomem wykształcenia rodziców a ich wiedzą z zakresu rozwoju fizycznego i psychicznego dziecka jest słaba.

W badaniach dotyczących wiedzy rodziców dzieci niepełnosprawnych z zakresu okresów rozwojowych dzieci uwzględniono również zmienną niezależną – środowisko zamieszkania badanych rodziców. Wyniki badań z tego obszaru badawczego uwzględniono w tabeli 33.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 4491033A63303331

Tabela 33. **Środowisko zamieszkania rodziców a ich wiedza o okresach rozwojowych dzieci**

Lp.	Znajomość okresów rozwojowych dzieci	Środowisko zamieszkania				Ogółem	
		miejskie		wiejskie			
		liczba	%	liczba	%	liczba	%
1.	Trzy i więcej okresów rozwojowych	39	18,2	18	12,3	57	15,8
2.	Dwa okresy rozwojowe	87	40,7	52	35,6	139	38,6
3.	Jeden okres rozwojowy	64	29,9	45	30,8	109	30,3
4.	Brak znajomości (błędna wiedza)	24	11,2	31	21,3	55	15,3
5.	Ogółem	214	100,0	146	100,0	360	100,0

Umieszczone wyniki zbiorcze przedstawione w tabeli 33 wskazują, że więcej rodziców mieszkających w mieście (18,2%) niż zamieszkujących w środowisku wiejskim (12,3%) potrafi wymienić trzy i więcej okresów rozwojowych dzieci. Również więcej respondentów reprezentujących środowisko miejskie niż wiejskie przejawiało znajomość dwóch stadiów rozwojowych dziecka.

Różnice między rodzicami z obu środowisk lokalnych są widoczne w kategorii odpowiedzi wskazującej na brak ich wiedzy w obszarze omawianego tu zagadnienia. Podczas gdy brak znajomości okresów rozwojowych dziecka wykazało tylko 11,2% badanych rodziców z miasta, to dla rodziców ze środowiska wiejskiego odsetek ten jest niemalże dwukrotnie większy (21,3%). Wypowiedzi tych ostatnich respondentów wyraźnie wskazują na ich niski poziom kultury pedagogicznej oraz na niewielką znajomość charakterystycznych cech rozwoju fizycznego i psychicznego w poszczególnych okresach rozwojowych dziecka. Rodzicielska wiedza w tym zakresie jest niepełna, intuicyjna i zdobywana na bieżąco wraz z dorastaniem dziecka. Świadczą o tym wypowiedzi: „Po co wcześniej czytać książki czy oglądać programy telewizyjne, kiedy jak się urodzi dziecko, to można wszystko obserwować z tzw. marszu"; „Najważniejsze, żeby dziecko było najedzone i czyste, a ta cała reszta to zbędne gadanie"; „Od tych spraw to są specjaliści, a rodzice mają wiele innych obowiązków. Nie muszą czytać fachowych książek".

Obliczenia statystyczne w badanej zmiennej niezależnej – środowisko zamieszkania badanych rodziców – ujawniają wpływ na stopień i zakres znajomości okresów rozwojowych dzieci (zmienna zależna od środowiska zamieszkania), ponieważ na poziomie ufności 0,01 zachodzą różnice, choć niewielkie, między rozkładami wartości uzyskanymi przez respondentów z dwóch grup badawczych (χ^2 emp. wynosi 11,782, a χ^2 teor. dla df = 3 – 11,561). Wartość współczynnika zbieżności V-Cramera wynosi 0,16, co oznacza, że zależność

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 4491033A63303331

między badanymi rodzicami ze środowiska miejskiego i rodzicami ze środowiska wiejskiego w zakresie posiadanej wiedzy o okresach rozwojowych dzieci jest bardzo słaba.

Największa jednak różnica w uzyskanych wynikach między rodzinami ze środowiska miejskiego i środowiska wiejskiego jest we wskaźniku „brak wiedzy lub niepełna wiedza dotycząca okresów rozwojowych dzieci" – wynosi ona 10,1% badanych na niekorzyść rodziców mieszkających na wsi.

W procesie badawczym starano się uzyskać informacje dotyczące stopnia znajomości przez rodziców potrzeb psychofizycznych ich dzieci niepełnosprawnych. Wyniki uzyskane w toku badań przedstawiono w tabeli 34.

Tabela 34. **Świadomość rodziców dotycząca potrzeb psychicznych i fizycznych dziecka niepełnosprawnego**

Lp.	Stopień znajomości potrzeb dziecka	Ojcowie		Matki		Ogółem	
		liczba	%	liczba	%	liczba	%
1.	Bardzo dobrze znają	9	5,0	14	7,8	23	6,4
2.	Znają dobrze	21	11,7	37	20,5	58	16,1
3.	Średnia znajomość	57	31,7	74	41,1	131	36,4
4.	Niska znajomość	64	35,5	48	26,7	112	31,1
5.	Brak znajomości	29	16,1	7	3,9	36	10,0
6.	Ogółem	180	100,0	180	100,0	360	100,0

Wyniki badań ujęte w tabeli 34 dowodzą, że na bardzo dobrą znajomość potrzeb psychofizycznych dziecka wskazało niewielu rodziców. Ale faktem jest, iż wśród nich większy odsetek stanowiły matki (7,8%) niż ojcowie (5%).

Bardziej widoczne różnice dają się zaobserwować w kategorii odpowiedzi wskazującej na dobrą znajomość przez rodziców potrzeb psychicznych i fizycznych dziecka. Wiedzę w tym zakresie przejawiało niewiele, gdyż 11,7% ojców i niemalże dwukrotnie więcej matek (20,5%). Zdaniem respondentek, kobiety są bardziej zaangażowane emocjonalnie w opiekę i wychowanie dziecka niepełnosprawnego niż mężczyźni. Stąd też chętniej sięgają po literaturę o tej tematyce, zwłaszcza po różnego typu poradniki, chętniej oglądają programy telewizyjne traktujące o sprawach związanych z wychowaniem potomstwa, wreszcie chętniej rozmawiają o swych doświadczeniach związanych z opieką nad dzieckiem z innymi kobietami – matkami. Aktywność badanych matek w uzyskiwaniu informacji o różnych potrzebach dziecka niepełnosprawnego przyczynia się bez wątpienia do podnoszenia ich wiedzy i świadomości wy-

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 4491033A63303331

chowawczej. Oto wybrane charakterystyczne wypowiedzi J.K., matka: „Kiedy zaszłam w ciążę, zaczęłam regularnie czytać miesięcznik »Mamo to ja«. Chociaż syn ma już 3 latka i jest niepełnosprawny, to nadal bardzo często sięgam po czasopisma i książki o tematyce wychowawczej, opiekuńczej i rozwojowej dzieci, przede wszystkim niepełnosprawnych. Chcę jak najlepiej zaspokajać synowi potrzeby zgodnie z jego rozwojem"; Z.L., matka: „Bardzo lubię oglądać programy telewizyjne poświęcone kwestiom opieki i wychowania. Zapraszani do nich goście, tacy jak pediatrzy, psychologowie, pedagodzy czy logopedzi, udzielają rodzicom cennych rad i wskazówek. Zauważyłam natomiast, że męża w ogóle takie programy nie interesują".

Średnią znajomość potrzeb psychicznych, rehabilitacyjnych i opiekuńczych dzieci niepełnosprawnych wykazało 31,7% ojców i więcej, bo 41,1% badanych matek. W kategorii odpowiedzi – niska znajomość – wskaźniki liczbowe prezentują się odpowiednio: ojcowie – 35,5%, matki – 26,7%. Brak wiedzy z zakresu potrzeb psychofizycznych dzieci upośledzonych przejawiało niewiele, gdyż niecałe 4% matek. O ile dane te nie napawają aż tak ogromnym niepokojem, to odsetek ojców, którzy nie mają wiedzy w obszarze potrzeb rozwojowych dzieci, może budzić pewne obawy. Czterokrotnie więcej ojców (16,1%) niż matek wskazuje na brak znajomości potrzeb swych dzieci. Rodzicielska niewiedza w analizowanej tu kwestii ma istotne znaczenie dla eliminowania zaburzeń rozwojowych, stymulowania jego procesu poznawczego, kształtowania cech osobowości dziecka niepełnosprawnego.

Analiza przedstawionych wyników badawczych wskazuje, że matki niepełnosprawnych dzieci posiadają wyższą świadomość przejawiającą się w szerszym zakresie i większym stopniu niż badani ojcowie. Obliczenia statystyczne potwierdziły te różnice, gdyż wartość χ^2 emp. wynosi 9,264, a χ^2 teor. dla df = 3 i poziomu ufności 0,05 (dla $\alpha = 0{,}01$ brak jest podstaw do odrzucenia hipotezy Ho) – 7,916. χ^2 emp. > χ^2 teor., co oznacza, że z 5% ryzykiem popełnienia błędu można twierdzić, że świadomość matek dotycząca potrzeb psychicznych, fizycznych i rehabilitacyjnych dzieci jest wyższa od świadomości ojców. Współczynnik zbieżności V-Cramera wynosi 0,2072, co oznacza, że badana zależność między badaną grupą matek i badanych ojców jest słaba.

W jaki sposób zmienna niezależna w postaci wykształcenia rodziców ma wpływ na wzrost świadomości w zakresie potrzeb psychicznych i fizycznych dziecka niepełnosprawnego? Dane na ten temat badawczy obrazuje zestawienie wyników badawczych przedstawionych w tabeli zamieszczonej w aneksie pracy (załącznik 10).

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 4491033A63303331

Wyniki badań dowodzą, że bardzo wysoką świadomość potrzeb psychofizycznych dziecka wykazują w największym stopniu (13,6%) rodzice z wykształceniem wyższym. Analizowany wskaźnik tej wysokiej świadomości przejawia już mniej, gdyż 8,1% rodziców z wykształceniem średnim i bardzo niewiele, bo tylko 2% rodziców z wykształceniem zawodowym. Należy zauważyć, że żaden respondent z najniższym poziomem wykształcenia (podstawowym) nie wskazuje na bardzo wysoką świadomość wychowawczą w zakresie potrzeb fizycznych i psychicznych swego dziecka niepełnosprawnego.

Wysoką świadomość opiekuńczo-wychowawczą przejawiało niewielu badanych, bo tylko 6,6% rodziców z wykształceniem podstawowym, podczas gdy ten wskaźnik badawczy uznało w swej percepcyjnej świadomości pięciokrotnie więcej (32,9%) badanych rodziców z wykształceniem wyższym. Oto charakterystyczne wypowiedzi respondentów w wyższym poziomem wykształcenia – J.K., ojciec: „Mam w sobie wewnętrzne przekonanie, iż wiem, jakie potrzeby opiekuńcze, wychowawcze i rehabilitacyjne są konieczne dla rozwoju mojego dziecka niepełnosprawnego. Sądzę, że nie bagatelizuję żadnej jego potrzeby fizycznej czy psychicznej"; Z.L., ojciec: „Odpowiedzialny rodzic powinien być w pełni świadomy potrzeb psychicznych, biologicznych, społecznych i rehabilitacyjnych swego dziecka niepełnosprawnego. W przeciwnym razie może mu wyrządzić wielką krzywdę zarówno w edukacji, wychowaniu, jak i codziennym życiu rodzinnym i pozarodzinnym dziecka".

Najmniejszy odsetek rodziców z wykształceniem wyższym (11,4%), przejawiał w swych zachowaniach niską świadomość potrzeb psychofizycznych dziecka. Zdumiewającym jest fakt, że powyższą kategorię świadomości wychowawczej w zakresie potrzeb dziecięcych wskazywało aż 35,2% rodziców z wykształceniem średnim. Ten stan uświadomienia przejawiało porównywalnie, gdyż 36,7% respondentów legitymujących się jedynie wykształceniem podstawowym.

Bardzo niską świadomość wychowawczą w obszarze zaspokajania potrzeb biologicznych i psychicznych dzieci niepełnosprawnych przejawiało aż 21,7% rodziców z wykształceniem podstawowym, więcej niż dwukrotnie mniej respondentów z wykształceniem zawodowym i średnim (9,9%). Zdecydowanie mniej badanych rodziców reprezentujących wyższy poziom wykształcenia (2,3%) wykazuje bardzo niską świadomość potrzeb psychofizycznych dzieci niepełnosprawnych.

Uzyskane wyniki badań sugerują wniosek, że im niższy jest stopień wykształcenia rodziców, tym niższy jest poziom ich kultury pedagogicznej w zakresie świadomości potrzeb psychofizycznych dziecka.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 4491033A63303331

Z analizy wyników badań wynika także druga prawidłowość, że wzrost poziomu wykształcenia badanych rodziców powoduje wyższą świadomość, która przejawia się w większym zakresie i stopniu wiedzy o potrzebach psychicznych, biologicznych, społecznych i rehabilitacyjnych dzieci.

Istotność statystyczna różnicy między poziomem wykształcenia badanych rodziców a świadomością rodzicielską w sferze potrzeb dzieci niepełnosprawnych jest oczywista, gdyż wartość χ^2 emp. wynosi 27,841, a χ^2 teor. dla df = 9 i poziomu ufności 0,01 – 21,372. χ^2 emp. > χ^2 teor., co oznacza, że z 1% ryzykiem popełnienia błędu można twierdzić, że zmienna niezależna w postaci poziomu wykształcenia rodziców różnicuje w stopniu istotnym świadomość rodzicielską w zakresie potrzeb psychofizycznych dzieci niepełnosprawnych.

Świadomość potrzeb psychofizycznych dzieci niepełnosprawnych przez rodziców uzależniona jest również od środowiska zamieszkania badanych rodziców. Zależność między rodzicami ze środowiska miejskiego i wiejskiego a poziomem wiedzy tych rodziców dotyczącej potrzeb psychicznych, fizycznych, społecznych i rehabilitacyjnych, które kształtują określoną świadomość rodzicielską wskazuje analiza wyników przedstawiona poniżej.

Niepokojący jest fakt, że tylko 2,7% badanych rodziców ze środowiska wiejskiego przejawia bardzo wysoką świadomość potrzeb psychofizycznych u swych niepełnosprawnych dzieci. Dla rodziców ze środowiska miejskiego odsetek ten jest już ponad trzykrotnie większy, bo wynosi 8,9%, co nie oznacza, że wartość jego nie budzi obaw co do poziomu wiedzy pedagogicznej badanych rodziców w sferze stopnia i zakresu znajomości i uświadomienia potrzeb dzieci niepełnosprawnych.

Różnice między respondentami reprezentującymi oba środowiska lokalne widoczne są również w kategorii odpowiedzi – wysoka świadomość rodziców. Z powyższym stwierdzeniem identyfikuje się niewiele ponad 11% rodziców mieszkających na wsi i niemalże dwukrotnie więcej (20,2%) rodziców zamieszkujących w środowisku miejskim.

Niską świadomość rodzicielską w sferze znajomości potrzeb psychofizycznych dzieci przejawiało 26,6% badanych rodziców z miasta i więcej, gdyż 37,7% rodziców ze wsi. Część tych ostatnich respondentów przyczyn podanego stanu rzeczy nie upatruje w braku osobistego zainteresowania problematyką potrzeb fizycznych i psychicznych dziecka, lecz za swój niski poziom wiedzy pedagogicznej czyni odpowiedzialnymi wychowawcę klasowego i pedagoga szkolnego. Oto charakterystyczna wypowiedź badanej matki ze środowiska wiejskiego, J. K. stwierdza: „Moim zdaniem to pedagog szkolny powinien powiedzieć coś o potrzebach dziecka, w tym i dzieci niepełnosprawnych. Prosty człowiek nawet nie wie, co to są potrzeby psychofizyczne dziecka.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 4491033A63303331

Ponadto można zaspokajać dziecku jego potrzeby, nie zdając sobie sprawy z ich wpływu na rozwój dziecka".

Na bardzo niską świadomość potrzeb psychofizycznych dziecka wskazało 7% respondentów z miasta i ponad dwukrotnie więcej (14,4%) respondentów ze środowiska wiejskiego.

Można zatem wnioskować w wyniku przeprowadzonej analizy, że świadomość potrzeb psychofizycznych dzieci niepełnosprawnych jest wyższa wśród rodziców ze środowiska miejskiego niż ze środowiska wiejskiego.

W procedurze badawczej przyjęto założenie, że istotnym wskaźnikiem świadomości wychowawczej rodziców dzieci niepełnosprawnych jest ich wiedza dotycząca metod oddziaływań wychowawczych. Nagrody stosowane w procesie wychowawczym są ważnym elementem systemu oddziaływań wychowawczych. Zakres wiedzy posiadanej przez badanych rodziców dotyczącej różnych rodzajów nagród stosowanych w wychowaniu dziecka niepełnosprawnego ilustrują wyniki zamieszczone w tabeli 35.

Tabela 35. **Wiedza rodziców dotycząca możliwości stosowania nagród w wychowaniu dzieci niepełnosprawnych***

Lp.	Rodzaj nagrody	Ojcowie		Matki		Ogółem	
		liczba	%	liczba	%	liczba	%
1.	Słowne	94	52,2	129	71,7	223	62,6
2.	Rzeczowe	38	21,1	56	31,1	94	26,1
3.	Spacery z dzieckiem	43	23,9	72	40,0	115	31,9
4.	Kontakty z rówieśnikami	34	18,9	59	32,8	93	25,8
5.	Rozrywki kulturalne i rehabilitacyjne	29	16,1	64	35,5	93	25,8
6.	Inne	18	10,0	22	12,2	40	11,1
7.	Ogółem	256	142,2	402	223,3	658	182,8

* Odpowiedzi jest więcej niż 100%, gdyż respondenci mogli podawać jedną i więcej odpowiedzi.

Jak wynika z zestawienia przedstawionego w tabeli 35, najbardziej znaną formą nagradzania dzieci, zarówno wśród matek, jak i ojców są nagrody słowne. Na znajomość tychże nagród wskazała większość matek, tj. 71,7% i mniej, gdyż tylko 52,2% badanych ojców.

W rejestrze nagród znanych rodzicom na drugim miejscu plasują się spacery z dzieckiem niepełnosprawnym. Świadomość istnienia i realizowanie w procesie wychowawczym tego typu nagród zadeklarowało 40% matek i znacznie mniej, bo niecałe 24% ojców.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 4491033A63303331

Nagrody rzeczowe to kolejny rodzaj możliwości oddziaływań wychowawczych przez rodziców w stosunku do dziecka, także niepełnosprawnego. Wiedzę na temat tego typu nagradzania posiada blisko 1/3 matek (31,1%) i znów mniej, gdyż tylko 21,1% ojców uznaje ten rodzaj nagrody jako istotny w procesie wychowawczym.

Różnice między respondentami obojga płci widoczne są również w kategorii odpowiedzi wskazującej na ich wiedzę w zakresie nagrody, jaką jest kontakt z rówieśnikami. Jej znajomość i konieczność realizacji dla dobrego samopoczucia dziecka zadeklarowało blisko 33% matek i niecałe 19% ojców.

Mało optymistyczne wydają się być wyniki badań wskazujące na znajomość przez rodziców wychowawczej nagrody, jaką bez wątpienia są rozrywki kulturalne i zabawy rehabilitacyjne. Fakt istnienia tej istotnej nagrody w systemie oddziaływań wychowawczych, szczególnie dla dzieci niepełnosprawnych, jest znany bardzo niewielu ojcom (16,1%). Dla matek odsetek ten jest znacznie większy, gdyż wynosi 35,5%.

Różnice między badanymi ojcami a matkami nie są zauważalne tylko w kategorii odpowiedzi traktującej o innych formach nagradzania dzieci.

Analizowane wyniki badań potwierdzają przypuszczenie, że matki posiadają większą wiedzę w zakresie możliwości stosowania nagród w wychowaniu dziecka niepełnosprawnego niż ojcowie. Można z dużym prawdopodobieństwem wnioskować, że taki stan rzeczy wynika z większego ich zainteresowania problematyką nagradzania dzieci i ich wpływem na rozwój i usprawnianie fizyczne i psychiczne. Badane matki także chętnie wymieniają się poglądami i pozyskują wiedzę o nagrodach z innymi matkami – koleżankami, nauczycielami, psychologiem czy pedagogiem szkolnym. Oto charakterystyczna wypowiedź matki, H.K.: „Podczas spotkań z koleżankami często rozmawiamy o swoich dzieciach. Poruszamy różne kwestie: od problemów z apetytem, przez niegrzeczne zachowanie, po sposoby nagradzania. Czasami można dowiedzieć się czegoś interesującego od innej matki". Inna wypowiedź matki, Z.L.: „Dyskutuję na temat nagradzania dziecka z nauczycielem uczącym moje dziecko, także pedagog szkolny przekazuje mi wiedzę dotyczącą różnych możliwości wychowawczych".

Niepokojącym zjawiskiem w świadomości wychowawczej rodziców, zarówno matek jak i ojców, jest brak wiedzy dotyczącej nagród uczuciowych, takich jak: przytulenie dziecka, pocałunek, pogłaskanie, uśmiech do dziecka, jako aprobata jego pozytywnych zachowań i czynionych postępów rehabilitacyjnych.

Biorąc pod uwagę zestawienie liczbowe i procentowe przedstawione w tabeli 35 – obliczenia statystyczne wykazały, że wartość χ^2 emp. wynosi 27,142,

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 4491033A63303331

a χ^2 teor. dla df = 9 i poziomu ufności 0,01 – 22,264. χ^2 emp. > χ^2 teor., co oznacza, że z 1% ryzykiem popełnienia błędu można twierdzić, że płeć badanych w niewielkim stopniu różnicuje świadomość wychowawczą rodziców w sferze oddziaływań wychowawczych dzieci niepełnosprawnych. Wartość współczynnika zbieżności V-Cramera wynosi 0,221, co oznacza, że badana zależność między badanymi matkami i badanymi ojcami jest słaba.

Interesujące wyniki badań uzyskano w sferze zależności wiedzy rodziców niepełnosprawnych dzieci dotyczącej stosowanych nagród od poziomu wykształcenia. Zbiorcze wyniki dotyczące tej sfery ilustruje tabela umieszczona w aneksie (załącznik 11).

Największy odsetek badanych rodziców niezależnie od poziomu wykształcenia, posiada wiedzę na temat możliwości stosowania nagród słownych w wychowaniu dziecka. Analizując jednak dokładniej dane uzyskane w toku badań, należy zauważyć, że znajomość nagród werbalnych (słownych) zadeklarowało najmniej, bo tylko 40% rodziców z wykształceniem podstawowym. Dla rodziców legitymujących się wykształceniem zawodowym odsetek ten jest już większy i wynosi 60,4%, dla rodziców z wykształceniem średnim – 64%, osiągając wartość najwyższą, gdyż 76,1% dla rodziców reprezentujących wyższy poziom wykształcenia.

W kategorii odpowiedzi wskazującej na wiedzę rodziców reprezentujących różny poziom wykształcenia w zakresie nagród rzeczowych nie odnotowano widocznych różnic między nimi. Mieszczą się one w granicach od 23,3% – wykształcenie podstawowe do 28,4% – rodzice z wykształceniem wyższym.

Różnice te są już jednak widoczne w zakresie znajomości przez rodziców nagrody, jaką jest spacer z dzieckiem niepełnosprawnym. Świadomość jej występowania i konieczność realizowania w repertuarze nagród zadeklarowało bardzo mało respondentów, gdyż 13,3% rodziców legitymujących się najniższym poziomem wykształcenia. Podczas gdy z poglądem o znajomości tego typu nagrody identyfikuje się niemalże trzykrotnie więcej rodziców z wykształceniem średnim (38,7%) oraz 36,4% badanych rodziców z wykształceniem wyższym.

Na znajomość nagrody wychowawczej w postaci kontaktów dziecka z rówieśnikami wskazało również najmniej, gdyż 15% respondentów z wykształceniem podstawowym. Wiedzę o tego typu nagrodzie posiada natomiast ponad dwukrotnie więcej rodziców legitymujących się wykształceniem wyższym (30,7%).

Przerażająco niski odsetek rodziców z wykształceniem podstawowym, gdyż 6,7% wie, że rozrywki kulturalne i rehabilitacyjne mogą stanowić dla dziecka nagrodę. Znajomość wyżej wymienionego rodzaju nagradzania wychowawczego zadeklarowało już więcej, gdyż prawie 18% rodziców z wykształceniem

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 4491033A63303331

zawodowym. Dla respondentów legitymujących się wykształceniem średnim odsetek ten wynosi prawie 30%. Bez wątpienia optymizmem może napawać fakt, że aż 43,2% rodziców reprezentujących wyższy poziom wykształcenia ma świadomość pozytywnego funkcjonowania nagród w formie kontaktów dziecka niepełnosprawnego z kolegami w systemie oddziaływań wychowawczych.

Analiza wyników dowodzi, że rodzice z wykształceniem wyższym posiadają znacznie większą świadomość wychowawczą z zakresu możliwości stosowanych nagród wychowawczych niż rodzice z niższym poziomem wykształcenia, szczególnie dotyczy to świadomości przejawianych przez rodziców z wykształceniem zawodowym i podstawowym. Mimo jednak dość wysokiej świadomości wychowawczej rodziców z wykształceniem wyższym, nie można jednak dostrzec ważnej grupy nagród uczuciowych. Jest to na pewno niepokojący stan rzeczywistej wiedzy rodziców o możliwościach wychowawczych nagród emocjonalnych, które mogą optymalizować proces rehabilitacyjny, socjalizacyjny i rewalidacyjny dzieci niepełnosprawnych.

W badaniach uwzględniono także zmienną niezależną w postaci środowiska zamieszkania badanych rodziców niepełnosprawnych dzieci (patrz: załącznik 13, s. 239). Jaka jest zależność między środowiskiem zamieszkania rodziców a ich wiedzą w zakresie możliwości stosowania różnych rodzajów nagród?

Wyniki badań wskazują, że aż 68,7% rodziców ze środowiska miejskiego zadeklarowało znajomość nagród słownych w wychowaniu dziecka. Na ten stan rzeczy wskazało już znacznie mniej, bo tylko 52,0% rodziców ze środowiska wiejskiego.

W kategorii odpowiedzi traktującej o nagrodach rzeczowych, między respondentami z obu środowisk lokalnych nie ma różnicy. Wiedzę na temat wyżej wymienionych nagród posiada 26,7% rodziców z miasta i 26% mieszkających w środowisku wiejskim.

Ponad 40% respondentów reprezentujących środowisko miejskie wskazało na spacer z dzieckiem jako na znaną im nagrodę wychowawczą. Dla rodziców ze środowiska wiejskiego odsetek ten nie jest już tak optymistyczny, gdyż znajomość tego rodzaju nagrody zadeklarowało tylko 21,1%, tj. prawie dwukrotnie mniej rodziców ze wsi niż z miasta.

Kontakty z rówieśnikami jako rodzaj nagradzania wychowawczego znane są dla 26,6% respondentów ze środowiska miejskiego i 24,7% respondentów ze środowiska wiejskiego. Zatem różnice między rodzicami reprezentującymi oba środowiska lokalne w rozpatrywanej kwestii są niewielkie.

Zauważalne są one już jednak w odpowiedzi wskazującej na rozrywki kulturalne i rehabilitacyjne jako na rodzaj nagrody. Wiedzę na powyższy temat

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 4491033A63303331

przejawiało 29% rodziców mieszkających w mieście i już mniej, gdyż 21,2% rodziców ze środowiska wiejskiego.

Na podstawie zaprezentowanych wyników badań można zatem wysunąć wniosek, że rodzice ze środowiska miejskiego mają większą wiedzę dotyczącą możliwości stosowania różnych rodzajów nagród niż rodzice ze środowiska wiejskiego, nie są to jednak statystycznie istotne różnice, gdyż wartość χ^2 emp. wynosi 0,214, a χ^2 teor. dla df = 3 i poziomu ufności 0,05 – 4,615. χ^2 emp. < χ^2 teor., co oznacza, że środowisko zamieszkania badanych rodziców nie różnicuje świadomości wychowawczej rodziców w zakresie możliwości stosowania nagród w oddziaływaniach wychowawczych.

Drugą podstawową metodą wychowawczą w oddziaływaniach wychowawczych jest kara. Kary, szczególnie dla dzieci niepełnosprawnych, są mniej skuteczne niż nagrody. Istnieją jednak zachowania naganne dzieci, za które rodzice powinni wymierzyć odpowiednią karę, mając jednak na uwadze fakt, by kara ta nie była dla nich poniżająca i zbyt dotkliwa.

Badając świadomość wychowawczą rodziców w zakresie metod oddziaływania wychowawczego wyeksponowano w procesie badawczym poziom wiedzy rodziców dotyczący różnych rodzajów kar, które można stosować w wychowaniu dziecka niepełnosprawnego.

Otrzymane wyniki badawcze z zakresu znajomości kar przez badanych rodziców zamieszczono w tabeli 36.

Tabela 36. **Wiedza rodziców dzieci niepełnosprawnych dotycząca możliwości stosowania kar jako metody wychowawczej***

Lp.	Znajomość kary w wychowaniu dzieci	Ojcowie		Matki		Ogółem	
		N	%	N	%	N	%
1.	Nagana słowna	112	62,2	136	75,5	248	68,9
2.	Zakazy	108	60,0	117	65,0	225	62,5
3.	Pozbawianie przyjemności	67	37,2	62	34,4	129	35,8
4.	Poniżanie godności dziecka	14	7,8	11	6,1	25	6,9
5.	Kary cielesne	48	26,7	21	11,7	69	19,2
6.	Inne	36	20,0	31	17,2	67	18,6
7.	Ogółem	385	213,9	378	210,0	763	211,9

* Odpowiedzi jest więcej niż 100%, gdyż respondenci mogli podawać jedną i więcej odpowiedzi.

Jak dowodzą dane empiryczne zamieszczone w tabeli 36, najbardziej znaną formą karania dzieci, zarówno wśród matek, jak i ojców jest nagana słowna.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 4491033A63303331

Na znajomość tego rodzaju kary wychowawczej wskazała większość matek, tj. 75,5% i mniej, gdyż tylko 62,2% badanych ojców.

W rejestrze kar znanych rodzicom na drugim miejscu sytuują się zakazy. Świadomość istnienia tego typu kary zadeklarowało 65% matek i niewiele mniej, gdyż 60% ojców. Zakazy są zatem popularną formą karania dzieci przez rodziców obojga płci.

Pozbawienie przyjemności to kolejny rodzaj kar w systemie karania dzieci niepełnosprawnych przez rodziców. Wiedzę na temat tej możliwości karania wychowawczego posiada blisko 35% matek i niewiele więcej, gdyż 37,2% ojców.

Nieznaczne różnice między respondentami obojga płci są widoczne również w kategorii odpowiedzi wskazującej na ich wiedzę w zakresie poniżania godności dziecka jako rodzaju karania. Do znajomości tego typu kary przyznało się 6,1% matek i niecałe 8% ojców.

Więcej niż czwarta część badanych ojców deklaruje znajomość kar cielesnych, podczas gdy możliwość stosowania tego rodzaju kary wskazało ponad dwukrotnie mniej matek (11,7%). Wypowiedzi tych ostatnich dowodzą, że ojcowie częściej niż matki sięgają po kary cielesne w wychowaniu dziecka, stąd też większy ich odsetek posiada świadomość ich występowania w rzeczywistości wychowawczej. Oto wybrane wypowiedzi: „Matki mają więcej cierpliwości do dzieci, tym samym rzadziej uciekają się do stosowania kar cielesnych", „Matki nie mają serca uderzyć swego dziecka, a ojcom przychodzi to łatwiej. Mężczyźni są po prostu bardziej wybuchowi i porywczy od kobiet".

Do innych kar, które znają i są w świadomości ojców (20%) i matek (17,2%) niepełnosprawnych dzieci należą: krzyk rodziców, kary emocjonalne, np. gniewanie się na dziecko.

Analiza wyników przedstawionych w tabeli 36 ilustruje nam pewne nieznaczne różnice w znajomości przez ojców i matki różnych metod i form karania dzieci niepełnosprawnych. Jednak obliczenia statystyczne wykazały, że wartość χ^2 emp. wynosi 0,374, a χ^2 teor. dla df = 1 i poziomu ufności 0,05 – 3,821. χ^2 emp. < χ^2 teor., co oznacza, że między badaną grupą ojców i badaną grupą matek nie ma statystycznej istotności różnicy w świadomości wychowawczej dotyczącej karania dzieci poprzez stosowanie różnych rodzajów kar.

Analiza przedstawionych wyników badawczych w niniejszym podrozdziale sugeruje pewne uogólnienia:

1. Świadomość wychowawcza rodziców niepełnosprawnych dzieci jest na średnim i niskim poziomie (wyjątek stanowią rodzice z wykształceniem wyższym). Rodzice w niewielkim stopniu znają okresy rozwojowe dzieci. Stąd też wszelkie odstępstwa od normy rozwojowej są trudne do rozpoznania

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 4491033A63303331

przez rodziców. Także utrudnione są czynności terapeutyczne i rehabilitacyjne zaburzonych sfer rozwojowych dzieci.

2. Badani rodzice wyróżniają różne formy nagród, jednak ich zróżnicowanie wskazuje, że wiedza badanych respondentów, szczególnie z wykształceniem podstawowym, zawodowym i ze środowiska wiejskiego nie obejmuje wielostronnych możliwości stosowania w procesie oddziaływań nagród wychowawczych. Brak jest nagród zaliczanych do grupy nagród uczuciowych – opartych na miłości, serdeczności i życzliwości rodziców do niepełnosprawnych dzieci.
3. Część kar wymienianych przez rodziców tkwiących w ich świadomości stanowią kary niepedagogiczne. W niewielkim stopniu lub brak jest znajomości przez rodziców kar opartych na uczuciach, takich jak: gniew, dezaprobata, milczenie.

Środowisko wychowawcze rodziców niepełnosprawnych dzieci ma niezmiernie duże znaczenie w racjonalnych oddziaływaniach wychowawczo-opiekuńczych i rehabilitacyjnych. Mogą one także optymalizować rozwój dziecka niepełnosprawnego i eliminować zaburzenia rozwojowe.

Analizę wyników badań dotyczących oddziaływań wychowawczych przez rodziców w stosunku do dzieci niepełnosprawnych przedstawiono w następnym podrozdziale niniejszej pracy.

Oddziaływania wychowawcze rodziców wobec dzieci niepełnosprawnych

Umiejętność stosowania określonych metod oddziaływania wychowawczego przez rodziców, szczególnie w stosunku do dziecka niepełnosprawnego, należy uznać jako ważny składnik systemu wychowania w środowisku rodzinnym. Obejmuje on przede wszystkim realizację zadań wychowawczych w postaci m.in. stosowania systemu nagród i kar, a także celowe tworzenie sytuacji wychowawczych w rodzinie i poza rodziną.

Rodzina jako środowisko wychowawcze oddziałuje na dziecko w sposób wszechstronny i zróżnicowany. Poznanie i rozumienie przez dziecko zjawisk zachodzących w otaczającym je świecie odbywa się przy dominującym udziale rodziców. Oni uczą dziecko rozumienia i wartościowania przyjętych przez społeczeństwo norm społecznych, kształtują jego osobowość i poglądy na świat. Stopień, w jakim środowisko domowe rzeczywiście wpływa na rozwój

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 4491033A63303331

dziecka, zależy w znacznej mierze od poziomu umiejętności opiekuńczo-wychowawczych rodziców[146].

Rodzina poprzez zamierzone oddziaływania wychowawcze i niezamierzone wpływy związane z wzajemnymi stosunkami uczuciowymi oraz z zespołem interakcji między członkami, przyczynia się do fizycznego, psychicznego i społecznego rozwoju dziecka. Proces rodzinnego wychowania odbywa się na drodze identyfikacji, naśladownictwa, świadomego stosowania metod wychowawczych, celowej działalności rodziców inspirującej dziecko do aktywności fizycznej i umysłowej, mającej wpływ na rehabilitację oraz rozwój ruchowy i intelektualny dziecka niepełnosprawnego.

H. Marzec wyraża słuszny pogląd, że „istotnym składnikiem środowiska rodzinnego są umiejętności wychowawcze rodziców. Dotyczą one między innymi metod wychowawczych, w tym systemu nagród i kar. Metody kary i nagrody to sposoby wychowawczego oddziaływania, których stosowanie jest szczególnie trudne i wymagające dużej kultury pedagogicznej. Warunkiem skutecznego posługiwania się nimi jest określony poziom wiedzy rodziców o ich wpływie na rozwój osobowości dziecka. Mówiąc o metodzie kary i nagrody mamy na myśli takie celowe i świadome karanie i nagradzanie, ażeby wywołać pozytywne zmiany w zachowaniu wychowanka”[147].

Umiejętności wychowawcze rodziców oznaczają właściwy wybór określonych środków oddziaływania wychowawczego stosowany przez rodziców w odniesieniu do dziecka, biorąc pod uwagę specyfikę rozwoju psychofizycznego dziecka, w tym i jego ułomności fizyczne bądź psychiczne, które stanowią o stopniu i zakresie niepełnosprawności dziecka.

Stąd też kara lub nagroda jako najważniejsze metody oddziaływania wychowawczego rodziców stosowane są w konkretnej sytuacji i zawierają zawsze informację dla dziecka o jego zachowaniu.

Nagroda stosowana przez rodziców z reguły potwierdza pozytywne, aprobowane przez rodziców zachowania dziecka i przynosi mu stan przyjemności, natomiast kara jest dla dziecka bodźcem przykrym, który ma za zadanie osłabienie bądź wyeliminowanie negatywnych zachowań dziecka. Wskazuje także na niezadowolenie rodziców z zachowań dziecka niepełnosprawnego, które mogą przynieść mu szkodę dla zdrowia i rozwoju.

---

146 H. Cudak, *Szkice z badań…*, op.cit.

147 H. Marzec, *Funkcje opiekuńczo-wychowawcze rodzin bezrobotnych*, [w:] Cudak H. (red.), *Problemy współczesnej rodziny w Polsce*, Piotrków Trybunalski 1998.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 4491033A63303331

Skuteczność wychowawcza nagród i kar w wychowaniu dzieci jest zawsze dyskusyjna. Stosowanie ich zawsze wzbudzało kontrowersje zarówno w teorii pedagogicznej, jak i w praktyce wychowawczej.

W procedurze badawczej poddano analizie istotne zmienne zależne, takie jak:

1. Stosowanie przez rodziców w stosunku do dzieci niepełnosprawnych nagród wychowawczych.
2. Stosowanie kar w oddziaływaniach wychowawczych w rodzinach z dzieckiem niepełnosprawnym.

W toku badań podjęto próbę ustalenia umiejętności wychowawczych rodziców. Szczególnie interesowały mnie realizowane zadania wychowawcze z zakresu stosowanych nagród preferowanych przez rodziców niepełnosprawnych dzieci.

Dane dotyczące nagród stosowanych przez badanych rodziców w stosunku do dzieci niepełnosprawnych ilustruje tabela 37.

Tabela 37. **Rodzaje nagród stosowanych przez rodziców dzieci niepełnosprawnych***

Lp.	Rodzaje stosowanych nagród	Ojcowie		Matki		Ogółem	
		liczba	%	liczba	%	liczba	%
1.	Pochwała słowna	92	51,1	132	73,3	224	62,2
2.	Nagroda rzeczowa	71	39,4	118	65,5	189	52,5
3.	Słodycze	43	23,9	104	57,8	147	40,8
4.	Nagrody uczuciowe (uśmiech, całus, przytulenie)	48	26,7	124	68,9	172	47,8
5.	Spacer	31	17,2	112	62,2	143	39,7
6.	Wyjazdy do ośrodków kulturalnych i rehabilitacyjnych	20	11,1	69	38,3	89	24,7
7.	Nie stosuje nagród	7	3,9	2	1,1	9	2,5
8.	Ogółem	312	173,3	661	367,2	973	270,5

* Odpowiedzi jest więcej niż 100%, gdyż respondenci podawali jedną i więcej odpowiedzi.

Jak wynika z tabeli 37, najbardziej powszechną formą nagradzania dzieci, stosowaną zarówno przez matki, jak i ojców jest pochwała słowna. Pochwałą jako nagrodą posługuje się znakomita większość badanych matek, tj. 73,3% i mniej, gdyż tylko 51,1% badanych ojców. Sięganie przez rodziców po tę metodę wychowawczą wydaje się być słuszne, gdyż pochwała ośmiela do działań dziecko z pewnymi wadami fizycznymi bądź psychicznymi, zachęca dziecko niewytrwałe. Jest tym bardziej cenna, im większy autorytet w oczach

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 4491033A63303331

dziecka ma osoba chwaląca. Udzielając pochwały, rodzice muszą przekazać dziecku niepełnosprawnemu, za co wyrażają mu uznanie, jakie zachowania są aprobowane i akceptowane przez nich. Dziecko powinno być przekonane, że cieszymy się i chwalimy je, bo jest ważny powód – wykonało ono czynność trudną, zachowało się zgodnie z naszymi oczekiwaniami, wykonało np. prawidłowo czynności rehabilitacyjne.

Drugą z najczęściej stosowanych przez rodziców nagród w stosunku do dziecka są nagrody rzeczowe w postaci upominków, książek lub zabawek. Udziela ich 65,5% matek i znacznie mniej, gdyż tylko 39,4% ojców. Zdaniem wielu pedagogów, nagrody te mają niepożądany wpływ na dziecko. To nie wartość nagrody materialnej ma decydować o jej znaczeniu, ale pozytywna opinia i uznanie, których nagroda jest wyrazem. Ważny przy tym jest klimat serdeczności i życzliwości w stosunku do nagradzanego dziecka.

Badani w rejestrze nagród wymienili także nagradzanie słodyczami. Tego rodzaju nagrody doświadcza niemalże 60% dzieci ze strony matek i ponad dwukrotnie mniej, bo 23,9% dzieci ze strony badanych ojców.

Wyniki badań sygnalizują niepokojące zjawisko, mianowicie: mały odsetek ojców, gdyż niewiele ponad czwarta część badanych, w procesie wychowania dziecka niepełnosprawnego sięga po nagrody wynikające z więzi uczuciowych. Aprobatę zachowań dziecka w postaci przytulenia, uśmiechu czy pocałunku realizowało w procesie oddziaływań opiekuńczo-wychowawczych znacznie więcej, gdyż aż 68,9% badanych matek. Można zatem przypuszczać, że matki są bardziej ekspresyjne i serdeczne w wyrażaniu uczuć niż ojcowie. Należy jednak stwierdzić, że ten rodzaj nagrody jest niezmiernie potrzebny dla dziecka niepełnosprawnego, gdyż potrzebuje ono miłości, akceptacji i serdeczności ze strony rodziców.

Z pedagogicznego punktu widzenia pożądaną wydaje się być również nagroda w postaci wspólnego spaceru z dzieckiem niepełnosprawnym. Z wymienionej formy nagradzania korzysta 62,2% matek, co bez wątpienia jest wielce korzystne. Jednakże sytuacja w tym zakresie jest niepokojąca, jeśli chodzi o sięganie po ten rodzaj nagrody przez ojców. Zaledwie 17,2% tych ostatnich wskazywało na wspólne spacery z dzieckiem. Ojcowie przyczyny tego stanu rzeczy upatrują w braku czasu na podejmowanie razem z dzieckiem czynności w postaci wspólnego spaceru.

Różnice między respondentami obojga płci są również bardzo widoczne w kategorii odpowiedzi wskazującej na sięganie przez nich po nagrodę w postaci wyjazdów do ośrodków kulturalnych i rehabilitacyjnych. Z tej formy nagradzania dzieci korzysta blisko 40% matek, co należy uznać za fakt pozytywny i ponad trzykrotnie mniej, gdyż 11,1% ojców, co z kolei napawa niepokojem.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 4491033A63303331

Badania ujawniły zdumiewające zjawisko, mianowicie istnieje pewien odsetek rodziców, który nie stosuje żadnej nagrody wobec dzieci. Wprawdzie odsetek ten jest nieznaczny, zwłaszcza dla matek, gdyż wynosi 1,1%, dla ojców już 3,9%, to jednak zważywszy na samopoczucie dziecka niepełnosprawnego pozbawionego nagrody, wydaje się być mocno niepokojący i tego typu zachowania rodziców w rehabilitacji, opiece i wychowaniu nie przynoszą postępów rozwojowych u dzieci.

Wyniki przedstawione w tabeli 37 wskazują na pewną prawidłowość dotyczącą faktu, że w wymienionych rodzajach stosowanych przez rodziców nagród za pozytywne zachowania dziecka niepełnosprawnego, w każdym przypadku zaznaczają się różnice, w większym bądź mniejszym stopniu, na korzyść oddziaływań wychowawczych przez matki. Różnice cząstkowe, w odniesieniu do poszczególnych grup nagród, jak i również całościowe oddziaływania wychowawcze potwierdzają obliczenia statystyczne, które wykazały, że wartość χ^2 emp. wynosi 236,152, a χ^2 teor. dla df = 9 i poziomu ufności 0,01 – 22,476. χ^2 emp. > χ^2 teor., co oznacza, że z 1% ryzykiem popełnienia błędu można twierdzić, że płeć badanych rodziców różnicuje stosowanie nagród w wychowaniu i opiece nad dzieckiem niepełnosprawnym. Matki w sposób istotny statystycznie w większym zakresie wykorzystują w procesie oddziaływań wychowawczych nagrody niż ojcowie. Wartość współczynnika zbieżności V-Cramera wynosi 0,621, co oznacza, że badana zależność jest istotna.

Dokonano również analizy zależności między stosowanymi przez rodziców dzieci niepełnosprawnych nagrodami a poziomem ich wykształcenia.

Zbiorcze wyniki różnych rodzajów nagród realizowanych przez rodziców w toku oddziaływań wychowawczo-opiekuńczych przedstawia tabela umieszczona w aneksie pracy (załącznik 12).

Zdecydowana większość rodziców legitymujących się wykształceniem wyższym (90,9%) posługuje się pochwałą słowną jako nagrodą. Po tę nagrodę werbalną w postaci pochwały sięga również większość, tj. 70,3% rodziców z wykształceniem średnim. W procesie wychowawczym metodę pochwały słownej wykorzystuje znacznie mniejszy odsetek rodziców o niższym statusie wykształcenia, tj. 47,2% rodziców z wykształceniem zawodowym i tylko 30% rodziców z wykształceniem podstawowym.

Nagradzanie dzieci w postaci nagrody rzeczowej zadeklarowało najwięcej, bo aż 73,9% rodziców z wykształceniem wyższym, nieco mniej, gdyż 64% badanych rodziców legitymujących się wykształceniem średnim, 38,6% rodziców z wykształceniem zawodowym i najmniej, ponieważ tylko 23,3% badanych respondentów z wykształceniem podstawowym.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 4491033A63303331

W wychowaniu dzieci po nagrodę w postaci słodyczy sięga blisko 70% respondentów – rodziców reprezentujących poziom wykształcenia ze stopniem zawodowym. Dla rodziców z wykształceniem średnim odsetek ten jest mniejszy, gdyż wynosi 46,8%. Wymienioną wyżej nagrodę stosuje najmniej, gdyż 35% rodziców legitymujących się najniższym poziomem wykształcenia i niewiele więcej, gdyż 37,5% rodziców z wykształceniem wyższym. Zdaniem tych ostatnich udzielanie dziecku nagrody w postaci słodyczy jest mało racjonalne i stosowane bez świadomości pedagogicznej. Prostsze wydaje się w zachowaniach rodzicielskich wręczenie dziecku batonika czy innych słodyczy, niż znalezienie odpowiednich słów aprobujących zachowanie dziecka. Pogląd ten niejako tłumaczy niewielki odsetek rodziców z wykształceniem wyższym, sięgający po słodycze jako nagrodę wychowawczą. Oto charakterystyczna wypowiedź – J.K., matka, wykształcenie wyższe: „Jeżeli rodzic nie ma żadnego pomysłu na okazanie dziecku swego zadowolenia, sięga po najprostszą z możliwych nagród, czyli po czekoladę. Moim zdaniem nagroda taka jest banalna i nie wnosi w życie dziecka nic szczególnego. Nie pozostawia po sobie żadnych dodatnich motywacji do dalszego pozytywnego postępowania". Z kolei rodzice z wykształceniem podstawowym nie korzystają z nagrody w postaci słodyczy nie dlatego, że mają odpowiednio wysoką świadomość wychowawczą dotyczącą niezbyt wielkiego jej wpływu na rozwój psychiczny dziecka, ale z racji niekorzystnej sytuacji finansowej i materialnej. Oto przykładowa wypowiedź – Z.L., matka, wykształcenie podstawowe: „Jedzenie jest teraz tak drogie, że ledwo wiążemy koniec z końcem. Po prostu nas nie stać na kupowanie dzieciom słodyczy. Zawsze są w domu ważniejsze wydatki od zakupu batoników czy cukierków".

Nagradzanie dzieci w postaci pocałunku, uśmiechu czy przytulenia stosuje w procesie oddziaływań wychowawczych blisko 66% rodziców z wykształceniem wyższym. Odsetek ten jest już znacznie mniejszy dla rodziców reprezentujących niższy poziom wykształcenia, zwłaszcza dla rodziców z wykształceniem podstawowym, gdyż wynosi on tylko 28,3% badanych. Nagrody tego typu są nagrodami uczuciowymi, które w procesie wychowawczym są jeszcze zbyt mało stosowane. Wynika to z pewnością z braku świadomości pedagogicznej o znaczeniu wychowawczo-emocjonalnym nagród uczuciowych. Z jednej strony informują one dzieci o akceptacji rodziców ich zachowań, z drugiej natomiast strony nagrody te powodują zacieśnienie więzi uczuciowych między rodzicami i dziećmi.

Mało docenianą formą nagradzania dzieci niepełnosprawnych jest wspólny spacer z rodzicami. Sytuacja w omawianym zakresie jest najmniej korzystna

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 4491033A63303331

wśród rodziców o niskim statusie wykształcenia. Preferuje ją tylko 20% badanych rodziców legitymujących się wykształceniem podstawowym i niecałe 30% rodziców z wykształceniem zawodowym. Dla rodziców reprezentujących średni i wyższy poziom wykształcenia odsetek ten jest większy i wynosi odpowiednio: 52,2% oraz 50%. Rodzice z wykształceniem średnim i wyższym rozumieją konieczność spacerów z dzieckiem niepełnosprawnym, gdyż poznaje ono zewnętrzny świat społeczny, materialny i przyrodniczy.

Badania ujawniły bardzo niepokojące zjawisko, mianowicie: tylko 3,3% rodziców z wykształceniem podstawowym w ramach nagradzania dziecka organizuje wyjazdy do ośrodków kulturalno-oświatowych i rehabilitacyjnych. Odsetek ten jest największy dla rodziców reprezentujących wyższy poziom wykształcenia, gdyż wynosi on 43,3%. Szkoda, że tak niewielki odsetek rodziców organizuje dzieciom niepełnosprawnym wyjazdy do kina, teatru, domu kultury, kościoła, kolonii rehabilitacyjnych, bibliotek, muzeów.

Okazało się również, że istnieje pewien odsetek dzieci, który nie doświadcza ze strony rodziców nagradzania wychowawczego. Do powyższego stanu rzeczy przyznało się 5% badanych rodziców z najniższym poziomem wykształcenia, niewiele mniej, gdyż 4% rodziców z wykształceniem zawodowym i niecałe 2% rodziców z wykształceniem średnim. Należy uznać wysoką świadomość wychowawczą i umiejętności pedagogiczne rodziców z wykształceniem wyższym, gdyż wszyscy badani stosowali w procesie wychowawczym wielostronne metody nagradzania.

Uogólniając wyniki badań podane w tabeli (załącznik 12) oraz ich analizę należy sformułować przynajmniej dwa uogólnienia:

– Im wyższym poziomem wykształcenia wykazują się badani rodzice niepełnosprawnych dzieci, tym w większym zakresie i stopniu stosują oni wielostronne nagrody w procesie oddziaływań opiekuńczo-wychowawczych i rehabilitacyjnych.
– Występuje znaczna różnica między poszczególnymi poziomami wykształcenia badanych rodziców w umiejętnościach wychowawczych – dotyczy to szczególnie stosowania nagród jako ważnej czynności wychowawczej w stosunku do dzieci niepełnosprawnych.

Tezę drugą powyższego uogólnienia potwierdzają obliczenia statystyczne, które wskazują, że wartość χ^2 emp. wynosi 47,268, a χ^2 teor. dla df = 12 i poziomu ufności 0,01 – 25,726. χ^2 emp. > χ^2 teor., co oznacza, że z 1% ryzykiem popełnienia błędu można twierdzić, że poziom wykształcenia badanych rodziców różnicuje stosowanie przez nich nagród w procesie oddziaływań wychowawczych i rehabilitacyjnych dzieci niepełnosprawnych. Wartość współczynnika

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 4491033A63303331

zbieżności V-Cramera wynosi 0,296, co oznacza, że badana zależność między badanymi grupami rodziców z różnym poziomem wykształcenia jest słaba.

W procesie badawczym uwzględniono również analizę zależności między zmienną niezależną w postaci środowiska zamieszkania rodziców z dzieckiem niepełnosprawnym a wielostronnością stosowanych przez nich nagród.

Wyniki badań tych zmiennych ujęto w zbiorczej tabeli, którą przedstawiamy w aneksie pracy (załącznik 13).

Zbiorcze wyniki badań dowodzą, że pochwałą słowną jako istotną nagrodą w procesie wychowawczym posługuje się znakomita większość badanych rodziców ze środowiska miejskiego (74,3%). Dla rodziców ze środowiska wiejskiego odsetek ten jest znacznie mniejszy, gdyż wynosi tylko 44,5%. Rodzice z pierwszej grupy badawczej posiadają wyższą świadomość potrzeby stosowania ciągłych pochwał dziecka niepełnosprawnego. Stosowanie tej nagrody wychowawczej kształtuje u dzieci upośledzonych wyższe poczucie własnej tożsamości i własnej wartości. Słusznie zatem czynią rodzice, szczególnie ze środowiska miejskiego, że w tak dużym stopniu realizują ten rodzaj nagrody w stosunku do swych dzieci.

Zauważalne różnice między reprezentantami obu środowisk lokalnych występują u badanych w kategorii odpowiedzi wskazującej na stosowanie przez rodziców nagród rzeczowych. Posługiwanie się nimi zadeklarowało ponad 60% rodziców z miasta i mniej, gdyż niecałe 40% rodziców mieszkających w środowisku wiejskim. Rodzice, szczególnie w środowisku wiejskim, pragną poprzez nagradzanie rzeczowe, takie jak: zabawki, gry, sprzęt rehabilitacyjny, ubrania, dresy i inne – wynagrodzić dziecku niepełnosprawnemu jego nieszczęsny, krzywdzący los w stosunku do dzieci pełnosprawnych, prawidłowo rozwijających się. Z wypowiedzi badanych rodziców wynika, że tylko ci nie stosują nagród rzeczowych, którym warunki materialne w rodzinie nie pozwalają na wydatki finansowe.

Większy odsetek rodziców reprezentujących środowisko miejskie sięga również po nagrodę w postaci słodyczy. Tak czyni blisko połowa badanych (49,5%). Tymczasem na stosowanie w procesie wychowawczym wyżej wymienionej nagrody wskazało tylko 28,1% rodziców ze środowiska wiejskiego. Różnice między rodzicami z analizowanych środowisk wynikają z pewnością nie z niedostatków świadomości wychowawczej, lecz z różnic w warunkach materialnych, jakie są między rodzicami ze środowiska miejskiego i wiejskiego. Większość badanych rodziców wiejskich funkcjonuje na granicy minimum socjalnego bądź w ubóstwie ekonomicznym. Dlatego też eliminują słodycze dla dziecka.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 4491033A63303331

Nagrodę uczuciową wobec dziecka preferuje ponad połowa (53,3%) respondentów ze środowiska miejskiego. Dane te nie są już tak optymistyczne dla respondentów pochodzących ze środowiska wiejskiego, gdyż niecałe 40% badanych realizuje w oddziaływaniach wychowawczych tę ważną formę nagradzania dziecka w postaci uśmiechu, całusa czy przytulenia.

Korzystną z wychowawczego punktu widzenia dla dziecka niepełnosprawnego jest również nagroda w postaci wspólnego spaceru z rodzicami. Szkoda tylko, że posługuje się nią tylko 28,8% badanych rodziców zamieszkujących na wsi. Dla rodziców mieszkających w mieście odsetek ten jest już znacznie większy, gdyż wynosi on 47,2%. Rodzice z tej grupy badanych są bardziej świadomi potrzeby spaceru z dzieckiem niepełnosprawnym. Podczas wspólnych spacerów dziecko niepełnosprawne poznaje rzeczywistość społeczną, a także nawiązują się ściślejsze więzi uczuciowe między rodzicami a dzieckiem.

W przypadku dziecka niepełnosprawnego wyjazdy do ośrodków kultury czy ośrodków rehabilitacyjnych mają ogromne znaczenie. Jednakże rzeczywistość w omawianym zakresie jest niepokojąca. Organizowanie dzieciom tego typu wyjazdów realizuje tylko 12,3% rodziców ze środowiska wiejskiego. Bez wątpienia sytuacja ta jest korzystniejsza w środowisku miejskim, gdzie na sięganie po wyżej wymienioną nagrodę wskazało niemalże trzykrotnie więcej badanych (33,2%). Ten rodzaj nagrody wynika na pewno z możliwości uczestnictwa rodziców z dzieckiem niepełnosprawnym w różnego rodzaju działaniach instytucji kulturalnych i rehabilitacyjnych.

Najmniejsze różnice między rodzicami z obu środowisk lokalnych odnotowano w kategorii odpowiedzi – „nie stosuję nagród". Z powyższym stwierdzeniem identyfikuje się bowiem 1,9% badanych rodziców z miasta i 3,4% badanych rodziców ze środowiska wiejskiego.

Uogólniając wyniki badań należy stwierdzić, że stosowanie nagród przez rodziców ze środowiska miejskiego jest w każdym analizowanym przypadku znacznie wyższe i bardziej różnorodne. Natomiast rodzice ze środowiska wiejskiego wykazują mniejszy zakres stosowania nagród w stosunku do niepełnosprawnych dzieci. Fakt ten wynika z następujących przyczyn:

1. niższej świadomości wychowawczej rodziców zamieszkujących w środowisku wiejskim;
2. gorszej sytuacji materialnej rodziców w środowisku wiejskim, stąd też ograniczają oni nagrody rzeczowe, słodycze, wyjazdy do ośrodków kultury i rehabilitacji;
3. mniej czasu poświęcają badani rodzice na wsi dzieciom niepełnosprawnym, gdyż pochłaniają ten czas na prace w gospodarstwie domowym i gospodarstwie rolnym.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 4491033A63303331

Stosowanie nagród ogółem jest znacznie wyższe w środowisku miejskim, gdyż wynoszą aż 322,0%, a w rodzinach wiejskich tylko 194,5%. Różnice między rodzicami ze środowiska miejskiego i wiejskiego są znaczące, bowiem wynoszą aż 127,5% na korzyść rodzin miejskich. Potwierdzają tę różnicę obliczenia statystyczne, gdyż wykazały, że na poziomie ufności 0,05 zachodzą różnice pomiędzy rozkładami wartości uzyskanymi przez dwie badane grupy – rodziców ze środowiska miejskiego i rodziców ze środowiska wiejskiego (χ^2 emp. wynosi 9,674, a χ^2 teor. dla df = 3 – 7,462). Wartość współczynnika zbieżności V-Cramera wynosi 0,216, co oznacza, że zależność między rodzicami ze środowiska miejskiego i środowiska wiejskiego w nagradzaniu jest słaba. Rodzice ze środowiska miejskiego częściej nagradzają swoje niepełnosprawne dzieci niż rodzice ze środowiska wiejskiego.

Zebrane w toku badań informacje pozwalają także ustalić, w jaki sposób rodzice dzieci niepełnosprawnych wykorzystują kary w oddziaływaniach wychowawczych. Jest to istotna zmienna zależna od świadomości wychowawczej rodziców, ich wykształcenia czy też od środowiska lokalnego, w którym mieszkają badani rodzice.

Kary wykorzystywane przez rodziców w procesie wychowawczym także pomagają w opiece, wychowaniu i socjalizacji dzieci niepełnosprawnych. Rodzice nie zawsze jednak w sposób uświadomiony stosują kary. Stosowanie przez rodziców kar w odpowiednich okolicznościach i czasie powinno łączyć się z przerwaniem niepożądanych zachowań dzieci. Wskazują one również na potrzebę zachowań według przyjętych norm rodzinnych, wzorców zachowań ustalonych modelem życia rodzinnego.

O rodzajach stosowanych kar przez rodziców w oddziaływaniach opiekuńczo-wychowawczych i socjalizacyjnych niepełnosprawnych dzieci informuje tabela 38.

Jak wskazują wyniki przedstawione w tabeli 38, dość popularną formą karania dzieci, stosowaną zarówno przez matki, jak i ojców jest nagana słowna. Naganą jako karą wychowawczą posługuje się ponad połowa matek (54,4%) i znacznie mniej, gdyż niecałe 40% ojców. Badani rodzice zbyt często stosują ten rodzaj kary. Być może nie uświadamiają sobie szkodliwości nagany dla dziecka niepełnosprawnego. Dziecko z niedorozwojem umysłowym bądź kalekie fizycznie często nie jest w stanie sprostać wymaganiom rodziców. Fakt ten wywołuje stres u dziecka. Stres ten potęgowany jest przez naganę, którą stosują rodzice w toku postępowania z dzieckiem.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 4491033A63303331

Tabela 38. **Rodzaje kar stosowanych przez rodziców w stosunku do dzieci niepełnosprawnych***

Lp.	Rodzaje stosowanych nagród	Ojcowie		Matki		Ogółem	
		liczba	%	liczba	%	liczba	%
1.	Nagana słowna	71	39,4	98	54,4	169	46,9
2.	Zakaz	84	46,7	105	58,3	189	52,5
3.	Krzyk	56	31,1	107	59,4	163	45,3
4.	Kary cielesne	72	40,0	47	26,1	119	33,1
5.	Obojętność i lekceważenie	71	39,4	31	17,2	102	28,3
6.	Pozbawienie przyjemności	62	34,4	42	23,3	104	28,9
7.	Poniżanie, ośmieszanie	31	17,2	18	10,0	49	13,6
8.	Gniew na dziecko	34	18,9	41	22,8	75	20,8
9.	Nie stosuje kar	8	4,4	14	7,8	22	6,1
10.	Ogółem	489	271,7	503	279,4	992	275,5

* Odpowiedzi jest więcej niż 100%, gdyż respondenci podawali jedną i więcej odpowiedzi.

W rejestrze stosowanych kar badani rodzice wymienili również różnego typu zakazy. Po tę metodę sięga aż 58,4% matek i znów mniej, gdyż niewiele ponad 46% ojców. Rodzicielskie zakazy dotyczą najczęściej braku przyzwolenia oglądania programów telewizyjnych i zabawy z rówieśnikami. Świadczą o tym wybrane wypowiedzi – J.K., matka stwierdza: „Jeżeli zachowanie naszego syna nie zyskuje naszej aprobaty, to spotyka go kara. Przez jakiś czas nie może włączać telewizora. Nie znamy bardziej dotkliwszej kary dla dziecka niepełnosprawnego w wieku dojrzewania". Inna wypowiedź ojca, H.C.: „Jeżeli córka coś zawini, nie może spotykać się po lekcjach z koleżankami. Wiemy, że cierpi z tego powodu, i że buntuje się przeciwko temu zakazowi. Jednak my widzimy efekty tego karania".

Badania wykazały, że rodzice stosują również kary agresywne wobec swoich dzieci niepełnosprawnych. Sposobem oddziaływania wychowawczego na dzieci dla blisko 60% matek i niemalże dwukrotnie mniej, gdyż 31,1% ojców są stosowane krzyki o różnej sile. Na krzyk rodziców jako karę niepełnosprawne dzieci bardzo reagują emocjonalnie. Częste stosowanie tej kary zaburza atmosferę domową. Tezę tę potwierdzają wypowiedzi badanych rodziców – Z.L., ojciec: „Często krzyczymy z żoną na nasze dziecko, choć wiemy, że to szkodzi jego zdrowiu. Staje się coraz bardziej nerwowy, a nawet agresywny w swych zachowaniach. Stosowanie tego rodzaju kary prowadzi też do konfliktów rodzinnych".

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 4491033A63303331

Do stosowania kar cielesnych przyznało się 40% ojców i znacznie mniej, gdyż niewiele ponad czwarta część badanych matek. Dla wielu ojców kara w postaci uderzenia czy wymierzenia klapsa jest jedyną skuteczną metodą wychowawczą. Oto wybrana wypowiedź ojca, M.W.: „Moim zdaniem tłumaczenie dziecku, że źle postąpiło, czy stosowanie różnych zakazów niewiele pomoże. Ono musi odczuć na własnej skórze konsekwencje swojego postępowania. Taką karę na dłużej zapamięta". Matki stosują karę cielesną w stosunku do dziecka niepełnosprawnego w chwili ogromnego zdenerwowania, natomiast w zaburzonych jego zachowaniach starają się opanować swoje emocje i sięgają po inne kary wychowawcze. Te, które już skorzystały z cielesnej kary, niejednokrotnie później żałują swego wyboru. Oto jedna z wypowiedzi: „Zdarza się czasami, że syn mój, który jest niepełnosprawny, wyprowadzi mnie z równowagi. Wtedy dostaje ode mnie lanie. Momentalnie staje się grzecznym i potulnym chłopcem, tylko że ja mam wyrzuty sumienia".

Niezmiernie dotkliwą karą dla dziecka jest obojętność i lekceważenie. Stosuje ją blisko 40% ojców i znacznie mniej, gdyż niewiele ponad 18% matek. Zdaniem tych ostatnich, miłość macierzyńska nie pozwala na korzystanie z tego typu kary. Oto jedna z wypowiedzi matki I.C.: „Nie wyobrażam sobie sytuacji, w której miałabym okazać dziecku niepełnosprawnemu obojętność. Zdecydowanie prościej jest udzielić nagany słownej czy zabronić oglądania telewizji".

W repertuarze stosowanych kar znajduje się także pozbawienie dziecka przyjemności. Odsetek ojców sięgających po tę karę wynosi 34,4%, zaś matek – 23,4%. Badani rodzice najczęściej ograniczają dzieciom zakup ich ulubionych rzeczy, zabierają słodycze, nie uczestniczą w zabawach z dziećmi, nie wychodzą z nimi na spacer, zabraniają zabawy z kolegami.

Karami wielce niepedagogicznymi są poniżenie i ośmieszanie dziecka oraz okazywanie mu gniewu. Pomimo tego, że kary te uwłaczają godności dziecka, to jednak są stosowane przez pewien odsetek rodziców. Do poniżania i ośmieszania dziecka przyznało się 17,2% ojców i 10% matek. Z kolei na dezaprobatę zachowań dziecka w postaci gniewu wskazało blisko 19% ojców i niewiele więcej, gdyż 23,3% matek. Kary te dzieci niepełnosprawne bardzo negatywnie przeżywają. Obawiają się utraty miłości rodzicielskiej. Tworzy się traumatyczna atmosfera życia domowego. Obniżają wartość dziecka i jego podmiotowość, szczególnie wówczas, gdy rodzice ośmieszają dziecko, przezywają je przy kolegach i koleżankach.

Niewielki odsetek dzieci w ogóle nie doświadcza karania wychowawczego. Brak posługiwania się jakimkolwiek rodzajem kary wyraziło w badaniach

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 4491033A63303331

4,4% ojców i blisko 8% matek. Uważają oni, że dziecko jest i tak skrzywdzone przez to, że jest kaleką fizyczną, dlatego chcą mu oszczędzić stosowania kar w środowisku rodzinnym.

Należy zauważyć, że w rejestrze kar stosowanych przez rodziców brak jest kar pedagogicznych, które oparte są na uczuciu miłości i przyjaźni z dzieckiem. Wśród nich można wymienić: przydzielenie dziecku dodatkowych obowiązków czy wyrażenie smutku, dezaprobaty i zawodu rodziców, jako przejaw dezaprobaty uczuciowej wobec negatywnych zachowań dziecka.

Umiejętność i świadomość wychowawcza rodziców w zakresie stosowania kar jest zatem niewielka. Po kary takie jak: nagana słowna, zakazy, krzyki i okazywanie dziecku gniewu sięga więcej matek niż ojców. Z kolei więcej tych ostatnich ucieka się do kar cielesnych, okazywania dziecku obojętności i lekceważenia go oraz pozbawienia przyjemności.

W procesie badawczym interesowała nas również zależność uzyskanych wyników między zmienną niezależną, jaką stanowi poziom wykształcenia rodziców a stosowaniem przez nich kar w oddziaływaniach wychowawczych.

Dane dotyczące tych zależności przedstawiono w zbiorczej tabeli umieszczonej w aneksie (załącznik 14).

Wyniki empirycznych badań wskazują, że naganą słowną jako karą wychowawczą posługuje się najwięcej, gdyż ponad 70% rodziców z wykształceniem wyższym. Z wymienionego wyżej rodzaju kary korzysta już mniej, gdyż ponad połowa badanych rodziców legitymujących się wykształceniem średnim (50,4%), trzecia część badanych rodziców (33,7%) reprezentujących zawodowy poziom wykształcenia i niewiele ponad czwarta część rodziców o najniższym statusie wykształcenia (26,7%). Możemy zatem zauważyć pewną zależność: im niższy poziom wykształcenia rodziców, tym mniejszy ich odsetek sięga po karę w formie nagany słownej.

W kategorii odpowiedzi wskazującej na liczbę rodziców stosujących w procesie wychowawczym wobec swoich dzieci niepełnosprawnych różnego typu zakazy, między respondentami z wykształceniem podstawowym, zawodowym i średnim nie ma zauważalnej różnicy. Wskaźniki procentowe badanych rodziców układają się odpowiednio: 56,7%, 57,4% i 53,1%. Najmniejszy odsetek rodziców preferujących zakazy jako metodę wychowawczą stanowią rodzice z wykształceniem wyższym (43,2%).

W wychowaniu dzieci niepełnosprawnych krzykiem jako karą rodzicielską posługuje się najwięcej, gdyż blisko 72% rodziców z najniższym poziomem wykształcenia. Kara ta jest również popularna wśród respondentów z wykształceniem zawodowym, wskazało na nią dużo rodziców, bo aż 66,3%. Krzyk jest już mniej docenianym rodzajem kary wychowawczej wśród respon-

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 4491033A63303331

dentów z wykształceniem średnim i wyższym. Odsetek ten wynosi bowiem niecałe 40%. Największą świadomość negatywnego wpływu krzyku na psychikę dziecka posiadają rodzice legitymujący się wykształceniem wyższym. Tylko 12,5% z grupy badawczej o najwyższym poziomie wykształcenia korzysta z tego rodzaju kary. Oto wybrana wypowiedź – S.N., matka, wykształcenie wyższe, stwierdza: „Staram się jak najmniej krzyczeć na dziecko, bo wiem jakie mogą być tego skutki. Dziecko albo zamyka się w sobie, albo zaczyna panicznie bać się rodziców. Dziecko powinno odczuwać pewien respekt przed rodzicami, ale w żadnym wypadku nie powinno się ich bać". Inna charakterystyczna wypowiedź badanej matki z wykształceniem wyższym – I.C.: „Sporadycznie korzystam z krzyku jako metody wychowawczej. Krzyk mój jest spontaniczny i występuje tylko wówczas, jeśli chcę przestrzec dziecko przed grożącym mu niebezpieczeństwem".

Niepokojącymi wydają się być wyniki badań dowodzące, że rodzice dość często korzystają z kar fizycznych wobec dzieci niepełnosprawnych. Aż 60% badanych rodziców z wykształceniem podstawowym dopuszcza się stosowania kar cielesnych. Dla rodziców reprezentujących zawodowy poziom wykształcenia odsetek ten jest już mniejszy, gdyż wynosi 43,6%. Mimo wszystko jest on wciąż za wysoki, biorąc pod uwagę problem, którego on dotyczy.

Kary cielesne stosuje również 26,1% respondentów z wykształceniem średnim i tylko 11,4% respondentów legitymujących się wykształceniem wyższym. „Kara fizyczna jest najbardziej bezmyślną z kar. Podnieść rękę na dziecko jest łatwo, tylko co potem? Czy rodzic coś dzięki temu osiągnie? Chyba tylko wychowawczą klęskę" – stwierdza J.K., jeden z ojców z wykształceniem wyższym. Inna wypowiedź matki – J.Z.: „Unikam kary cielesnej wobec syna, który jest fizycznie niepełnosprawny. Kary tego typu nie przynoszą rezultatów wychowawczych, ale oziębiają stosunki uczuciowe w rodzinie".

Również największy odsetek rodziców o niskim statusie wykształcenia, tj. podstawowym (35%) i zawodowym (35,5%) stosuje kary niepedagogiczne, wyrażające się obojętnością i lekceważeniem dziecka. Do wymienionego wyżej zachowania wobec niepełnosprawnego dziecka przyznało się mniej, gdyż 27,9% rodziców z wykształceniem średnim i 15,9 % rodziców z wykształceniem wyższym stosuje ten rodzaj kary.

Z kolei największy odsetek z najwyższym poziomem wykształcenia, gdyż blisko 47% pozbawia dziecko przywilejów i przyjemności. Oto charakterystyczna wypowiedź badanej matki Z.L.: „Żadna kara nie jest przyjemna, jednakże pozbawienie dziecko przyjemności wydaje się być »bezpieczną« karą. Nie uwłacza ona bowiem godności dziecka, a jednocześnie dziecko doświadcza

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 4491033A63303331

dotkliwie brak czegoś, co lubi najbardziej". Inna, podobna wypowiedź ojca, H.C.: „Zdarza mi się, że w oddziaływaniach wychowawczych wobec swojego syna stosuję pozbawienie dziecka jakiejś przyjemności. Jest to dla niego wówczas sygnał, że tego rodzaju zachowanie jest naganne i nie akceptowane przez rodziców".

Kary niepedagogiczne wydają się być preferowane przez rodziców o niskim statusie wykształcenia, ponieważ poniżanie i ośmieszanie dziecka niepełnosprawnego występuje aż u 28,3% rodziców z wykształceniem podstawowym, podczas gdy na ten rodzaj negatywnych zachowań rodzicielskich wskazało tylko 7,9% respondentów reprezentujących wyższy poziom wykształcenia. Na okazywanie dziecku gniewu wskazała ponad piąta część badanych rodziców o najniższym poziomie wykształcenia i znacznie mniej, gdyż 12,5% rodziców z wykształceniem wyższym. Największy odsetek tych ostatnich, tj. 9,1% stwierdziło, że w wychowaniu i opiece dziecka niepełnosprawnego nie stosują kar w procesie oddziaływań rodzicielskich.

Przeprowadzone badania dowodzą, że kary niepedagogiczne, które mogą poddać w dziecięcą wątpliwość miłość rodzicielską, są stosowane przeważnie przez rodziców o niskim statusie wykształcenia (podstawowe i zawodowe).

Podsumowując przedstawioną analizę wyników badań, należy wyrazić pogląd, że rodzice z wykształceniem wyższym mają większą umiejętność pedagogiczną w stosowaniu kar w procesie oddziaływań wychowawczych, opiekuńczych i rehabilitacyjnych od rodziców z niższym poziomem wykształcenia. Dowodem na potwierdzenie tego poglądu jest fakt znacznej przewagi w stosowaniu kary w postaci nagany słownej oraz pozbawienia przywilejów dla dziecka przez rodziców z wykształceniem wyższym. Natomiast wszystkie inne kary uznawane jako oddziaływania niepedagogiczne w postaci krzyku, kar cielesnych, obojętności i lekceważenia, poniżania godności i ośmieszania dziecka oraz gniewu na dziecko najwyższe wskaźniki osiągają w badaniach rodzice z wykształceniem podstawowym, a najniższe rodzice z wykształceniem wyższym. Stąd też można również stwierdzić, że rodzice z wykształceniem podstawowym i zawodowym mają niższe umiejętności wychowawcze i świadomość pedagogiczną.

Czy wiek badanych rodziców niepełnosprawnych dzieci ma wpływ na stosowanie różnych rodzajów kar w procesie opiekuńczo-wychowawczym i socjalizacyjnym? Wyniki dotyczące stosowania kar przez rodziców w różnym przedziale wiekowym ujmuje tabela przedstawiona w aneksie opracowania (załącznik 15).

Zestawienie wyników badawczych wskazuje, że naganą słowną jako karą wychowawczą posługuje się zdecydowana większość (83,1%) rodziców

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 4491033A63303331

w wieku 46–55 lat. Odsetek rodziców preferujących w swych oddziaływaniach wychowawczych naganę wobec zachowań dziecka maleje z każdym badanym przedziałem wiekowym. Dla respondentów mieszczących się w pierwszym przedziale wiekowym, najniższym (20–30 lat) naganę stosuje tylko 13,5%.

Podobną zależność obserwujemy w kategorii odpowiedzi wskazującej na stosowanie wobec dziecka zakazów jako kary. Tego typu karanie wykorzystuje w swych oddziaływaniach wychowawczych blisko 80% najstarszych rodziców, tj. w wieku 46–55 lat. Natomiast trzykrotnie mniej badanych rodziców najmłodszych (23,1%) stosuje ten rodzaj kary.

Dezaprobatę zachowań dziecka przez rodziców wyrażającą się karą w formie krzyków wyraża najmniej, gdyż niecałe 30% respondentów w wieku 46–55 lat. Odsetek ten jest niewiele większy dla badanych rodziców w wieku 20–30 lat. W pozostałych przedziałach wiekowych krzyk rodziców stanowi istotny element kary jako metody wychowawczej, ponieważ wynosi on od 46,8% do 57,6% badanych respondentów.

Wskaźniki liczbowe dla rodziców w wieku 31–35 lat i rodziców najstarszych w zakresie sięgania przez nich po kary cielesne osiągają zbliżoną wartość, odpowiednio: 28,8% oraz 26,8%. Z wymienionej negatywnej kary jako metody postępowania rodzicielskiego w procesie wychowawczym i opiekuńczym z dzieckiem korzysta najmniej, gdyż niewiele ponad piąta część (21,1%) badanych respondentów zakwalifikowanych do pierwszej grupy wiekowej (20–30 lat).

Również najmniej badanych rodziców w wieku 20–30 lat, gdyż tylko 15,4% za złe zachowanie dziecka okazuje mu obojętność i lekceważenie. Najwyższy odsetek rodziców sięgających po tę jakże niepedagogiczną karę, stanowią rodzice w wieku 36–40 lat.

Na pozbawienie dziecko przyjemności wskazało porównywalnie, gdyż około 1/3 respondentów ze wszystkich przedziałów wiekowych. Wyjątek stanowią jedynie rodzice najmłodsi, z których tylko 11,5% ucieka się do stosowania kary w postaci pozbawienia dziecka pewnych dla niego ważnych przyjemności w codziennym życiu.

Poniżenie i ośmieszenie dziecka to kara stosowana przez największy odsetek rodziców w wieku 41–45 lat (17,7%). Do tego typu karania ucieka się najmniej, bo tylko 5,8% rodziców w wieku 20–30 lat. Najmniejszy odsetek rodziców z tego przedziału wiekowego, tj. 13,5% sięga po okazywanie dziecku gniewu. Dla rodziców najstarszych (46–55 lat) nie jest on o wiele wyższy, gdyż wynosi 15,5% badanych.

Nie stosuje kar w procesie wychowawczym aż 17,3% badanych rodziców z pierwszej grupy wiekowej (20–30 lat), natomiast w przedziale wiekowym

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 4491033A63303331

46–55 lat nie korzysta z możliwości karania w oddziaływaniach opiekuńczo-wychowawczych tylko 2,9% badanych.

Reasumując wyniki badań ujęte w tabeli (załącznik 15 aneksu) i przedstawioną analizę ilościową tych wyników należy stwierdzić, że prawie w każdym rodzaju stosowanej kary przez rodziców w najmniejszym stopniu stosowali je rodzice w najmłodszym przedziale wiekowym, tj. 20–30 lat. Rodzice ci posiadali niepełnosprawne dziecko w wieku od 0 do 7 lat, więc w pierwszych okresach rozwojowych (wiek niemowlęcy, poniemowlęcy i przedszkolny), niektóre kary, np. kary cielesne, kary poniżające godność dziecka, pozbawienie przywilejów, gniew na dziecko, obojętność i lekceważenie nie mają racjonalnego sensu w oddziaływaniach wychowawczych i opiekuńczych. Ponadto rodzice z najmłodszej grupy wiekowej legitymują się wyższym poziomem wykształcenia niż rodzice z przedziału wiekowego 46–55 lat, stąd też ich świadomość jest wyższa i przekładają to na oddziaływania wychowawcze bardziej racjonalne i pedagogiczne.

Obliczenia statystyczne wskazują, że wartość χ^2 emp. wynosi 21,64, a χ^2 teor. dla df = 12 i poziomu ufności 0,05 (dla $\alpha = 0{,}01$ brak jest podstaw do odrzucenia hipotezy Ho) – 20,746. χ^2 emp. > χ^2 teor., co oznacza, że z 5% ryzykiem popełnienia błędu można twierdzić, że częstość i rodzaj karania dzieci niepełnosprawnych zależy od wieku badanych rodziców. Wartość współczynnika zbieżności V-Cramera wynosi 0,187, co oznacza, że zależność między badanymi rodzicami w różnych przedziałach wiekowych jest bardzo słaba.

Po dokonaniu wnikliwej analizy ilościowej i jakościowej zgromadzonego materiału badawczego, należy stwierdzić, że najczęściej stosowanymi karami są nagany i najczęściej występującymi nagrodami są nagrody słowne.

Reasumując, należy stwierdzić, że problem kar i nagród w oddziaływaniach opiekuńczo-wychowawczych rodziców nabiera specjalnego znaczenia w przypadku dziecka niepełnosprawnego. Często zarówno w teorii, jak w praktyce pedagogicznej pojawiają się pytania i wątpliwości: Jak karać i nagradzać dziecko ukarane już przez los? Jakie kary i nagrody stosować, a z których zrezygnować w procesie wychowawczym, opiekuńczym i rehabilitacyjnym?

W odpowiedzi należy stwierdzić, że dla dobra dziecka, w żadnym przypadku kary nie mogą przeważać nad nagrodami. Słuszny więc wyraża pogląd S.M.B. Pecyna, stwierdzając, że „Szczegółowe opracowanie systemu nagród i kar to sprawa niełatwa. Ważne jest, aby wszyscy członkowie rodziny ujednolicili wymagania w stosunku do dziecka i ustalili sposób nagradzania i karania”[148].

---

[148] S.M.B. Pecyna, *Rodzinne uwarunkowania zachowania dziecka w świetle psychologii klinicznej*, Warszawa 1998, s. 239.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 4491033A63303331

Umiejętności pedagogiczne rodziców w postaci stosowania nagród i kar wychowawczych są istotnym czynnikiem warunkującym prawidłowe oddziaływanie rodziców, kształtowanie określonych norm społecznych, higienicznych zachowań u niepełnosprawnych dzieci. Błędy wychowawcze rodziców wynikające z nadmiaru stosowania kar niepedagogicznych mogą w konsekwencji doprowadzić do formowania się negatywnych cech osobowości dziecka, trudności wychowawczych, a także pogłębiania się niesprawności fizycznej bądź psychicznej.

Zmienne niezależne w postaci środowiska przestrzennego zamieszkania rodziny z niepełnosprawnym dzieckiem, poziomu wykształcenia rodziców i wieku życia rodziców mają wpływ na poziom umiejętności wychowawczych, w tym na stosowanie wielostronnych metod nagradzania i częstość stosowania kar wobec dzieci niepełnosprawnych.

Wychowanie dziecka, szczególnie niepełnosprawnego ma wymiar wielopłaszczyznowy i trudny w swej praktyce wychowawczo-opiekuńczej. Efekty wychowawcze, socjalizacyjne, rehabilitacyjne czy rewalidacyjne dzieci niepełnosprawnych są wynikiem przede wszystkim złożonej i ciężkiej pracy rodziców, którzy w procesie wychowania mają pełną świadomość, że dziecko niepełnosprawne potrzebuje specyficznych i wyważonych metod oddziaływania wychowawczego, racjonalnego i świadomego stosowania nagród i kar wychowawczych.

Brak lub niski poziom umiejętności wychowawczych rodziców opiekujących się dziećmi niepełnosprawnymi zaburza sfery rozwojowe dziecka, a także nie wyrównuje u niego braków i upośledzeń fizycznych i psychicznych.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 4491033A63303331

ZAKOŃCZENIE

Dom rodzinny jest pierwszym i najważniejszym środowiskiem opiekuńczo-wychowawczym i socjalizacyjnym, w którym rozwija się dziecko, kształtuje pewne normy społeczne, zasady higieniczne i zachowania tkwiące w modelu życia wspólnoty rodzinnej. Istotne znaczenie dla rozwoju każdego dziecka, szczególnie dziecka niepełnosprawnego, spełniają funkcje rodziny, przede wszystkim realizowane przez rodziców zadania i oddziaływania w sferze emocjonalnej i wychowawczej.

System oddziaływań wychowawczych rodziny w stosunku do dziecka niepełnosprawnego uzależniony jest od całokształtu stosunków między poszczególnymi członkami rodziny, panującej w rodzinie atmosfery wychowawczej i kulturalnej, przyjmowanej i uznawanej hierarchii wartości, metod opieki i stylów wychowania, postaw rodzicielskich oraz sposobów zaspokajania potrzeb psychicznych, społecznych i rehabilitacyjnych.

Analiza uzyskanych wyników w procesie badawczym pozwala na weryfikację pewnych założeń sformułowanych w treściach niniejszego opracowania.

Dla większości badanych rodziców wiadomość o fakcie, że ich dziecko jest lub będzie niepełnosprawne, była bolesnym przeżyciem emocjonalnym, a proces pogodzenia się z niepełnosprawnością dziecka przebiega w specyficzny sposób. Emocje przeżywane przez rodziców w związku z niepełnosprawnością dziecka są silnie negatywne, bolesne, a nawet funkcjonują one swą siłą na pograniczu szoku emocjonalnego.

Wyszczególnione cztery okresy dostosowania się rodziców do dziecka niepełnosprawnego (jego akceptacja lub brak akceptacji) stanowią ujęcie modelowe. Dzielą się w pierwszych miesiącach lub latach życia dziecka na okres szoku i kryzysu emocjonalnego. Natomiast w dalszych latach życia niepełnosprawnego dziecka w rodzinie występuje okres pozornego, a następnie

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 4491033A63303331

konstruktywnego przystosowania się środowiska rodzinnego do zaistniałej, jakże negatywnej sytuacji w jakiej znalazła się rodzina.

W pierwszych okresach funkcjonowania dziecka niepełnosprawnego w rodzinie dominują u rodziców takie uczucia, jak żal, rozpacz, lęk, poczucie winy, beznadziejność, bezradność, odczucie krzywdy, klęski życiowej, będące często przyczyną depresji. W wyniku tych sytuacji rodzinnych pojawiają się często zachowania agresywne rodziców, konflikty małżeńskie, a nawet dezorganizacja życia rodzinnego.

W okresie pozornego przystosowania się do zaistniałej sytuacji badani rodzice podejmują nieracjonalne próby zmierzające do akceptacji dziecka niepełnosprawnego i związanych z nim kryzysowych przeżyć, stosując takie mechanizmy obronne, jak: nieuznawanie niepełnosprawności dziecka, poszukiwanie winnych upośledzenia lub wiara w nieograniczone możliwości wyleczenia dziecka. Kiedy te możliwości się wyczerpują, rodzice poddają się apatii, przygnębieniu, ogarnia ich pesymizm w związku z przyszłością dziecka. Rodzice dochodzą do wniosku, że nic dla dziecka zrobić się nie uda, dlatego też w późniejszych latach charakterystycznym zjawiskiem dla tego okresu przeżyć jest brak, szczególnie przez rodziców z wykształceniem podstawowym i zawodowym oraz w środowisku wiejskim, zaangażowania w proces wychowawczy, opiekuńczy i przede wszystkim rehabilitacji dziecka.

W rodzinach z dzieckiem niepełnosprawnym dominują umiarkowanie niepożądane lub niepożądane wychowawczo postawy rodzicielskie. Tego typu postawy rodziców występują często u rodziców z wykształceniem podstawowym i zawodowym, natomiast postawy pożądane wychowawczo występują u rodziców z wykształceniem wyższym.

Najczęściej występującymi postawami rodzicielskimi wobec dzieci niepełnosprawnych jest z jednej strony odrzucenie dziecka, z drugiej – nadopiekuńczość. Drugą znaczącą postawą rodziców, która ujawniła się w procesie badawczym jest akceptacja dziecka. W rodzinach, w których dominuje ta postawa, zaobserwowano również postawy współdziałania, rozumnej swobody i uznania dziecka i jego praw. Stopień nasilenia postaw pozytywnych wychowawczo i postaw rodzicielskich negatywnych jest wyraźnie uzależniony od środowiska zamieszkania, płci badanych, ale przede wszystkim od poziomu wykształcenia badanych rodziców.

Wpływ wykształcenia rodziców na przejawiane postawy rodzicielskie względem swych niepełnosprawnych dzieci potwierdzają obliczenia statystyczne, w których wartość χ^2 emp. wynosi 46,286, a χ^2 teor. dla df = 9 i poziomu ufności 0,01 – 38,194. χ^2 emp. > χ^2 teor., co oznacza, że z 1% ryzyka popełnienia błędu można twierdzić, że poziom wykształcenia rodziców różnicuje postawy

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 4491033A63303331

rodzicielskie. Rodzice z wyższym wykształceniem niepełnosprawnych dzieci przejawiają postawy niższego górowania (współdziałania), umiarkowanej bądź małej koncentracji (właściwej opieki), umiarkowanej bądź niskiej bezradności (rozumnej swobody) i umiarkowanego bądź niskiego nasilenia unikania (akceptacji). Natomiast rodziców z wykształceniem zawodowym i podstawowym cechuje duże nasilenie unikania dziecka, odrzucenia, górowania i koncentracji. Wartość współczynnika zbieżności V-Cramera wynosi 0,214, co oznacza, że badana zależność między poziomem wykształcenia rodziców a rodzajem postaw rodzicielskich jest słaba.

Postawy rodzicielskie są decydującym elementem w procesie kształtowania, rozwijania i zaspokajania potrzeb psychicznych, społecznych i biologicznych niepełnosprawnego dziecka, decydują też o przebiegu i skuteczności procesu wychowania, rehabilitacji, socjalizacji i opieki – konsekwencją tych wyznaczników jest optymalizacja rozwoju fizycznego oraz psychicznego dziecka niepełnosprawnego.

Badania wskazują także, że rodzice zaspokajają potrzeby dziecka niepełnosprawnego, dotyczy to przede wszystkim rodziców z wykształceniem wyższym i średnim, zapewniając dziecku podstawowe potrzeby biologiczne i psychiczne.

Rzeczywiście znają oni i zaspokajają znaczną większość potrzeb psychicznych i społecznych, szczególnie dotyczy to potrzeby miłości, akceptacji, bezpieczeństwa, przynależności i rehabilitacyjne. Niestety, zarówno wśród badanych rodziców z wykształceniem wyższym, jak i o niższych poziomach wykształcenia, realizacja potrzeb poznawczych, których zaspokojenie odbywa się w procesie aktywizacji zmysłów i aktywności ruchowej oraz potrzeby samodzielności i samorealizacji nie jest wystarczające, a nawet dostrzega się niedostatki w zakresie znajomości tych potrzeb i działań podejmowanych przez badanych rodziców w sferze potrzeby zaspokojenia i realizacji wymienionych potrzeb. Niepełnosprawność psychiczna bądź fizyczna dziecka wymaga od rodziców specyficznego podejścia do kształtowania potrzeb u dzieci, większego zaangażowania w czynności racjonalnej opieki, która rozwijać będzie potrzeby wyższego rzędu, takie jak: potrzeby samorealizacji, samorozwoju, potrzeby aktywności ruchowej i poznawczej oraz potrzeby samodzielności.

Stopień zaspokojenia różnych rodzajów potrzeb, w tym potrzeby miłości, bezpieczeństwa i akceptacji realizowany jest na dość wysokim poziomie przede wszystkim przez badanych rodziców z wykształceniem wyższym i średnim, w mniejszym stopniu i zakresie zaspokajane są przez rodziców z wykształceniem zawodowym i podstawowym. Potwierdzają słuszność tego założenia

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 4491033A63303331

obliczenia statystyczne, które wskazują, że wartość χ^2 emp. wynosi 24,865, a χ^2 teor. dla df = 3 i poziomu ufności 0,01 – 16,246. χ^2 emp. > χ^2 teor., co oznacza, że poziom wykształcenia różnicuje realizację i stopień zaspokojenia potrzeb psychofizycznych niepełnosprawnego dziecka.

Rodzice ze środowiska miejskiego także w większym stopniu zaspokajają potrzeby psychiczne, społeczne, biologiczne i rehabilitacyjne swoich dzieci niż badani rodzice ze środowiska wiejskiego.

Dzieci niepełnosprawne mają nasiloną potrzebę społecznej akceptacji. Stąd też ich uwaga i wszelkie czynności skupione są bardziej na rodzicach-osobach, niż realizowanych działaniach. Powoduje to szczególny rodzaj zależności między rodzicami a dzieckiem. Więź ta jest silna i zarazem podporządkowująca swoją osobowość względem rodziców.

Założono również w procedurze badawczej, że świadomość rodziców dotycząca roli i zakresu wychowania niepełnosprawnego dziecka jest na niskim poziomie.

Wyniki badań wskazują, że istotnie, rodzice niepełnosprawnych dzieci, którzy legitymują się wykształceniem podstawowym i zawodowym oraz ze środowiska wiejskiego mają niską kulturę pedagogiczną, w tym i świadomość wychowawczą. Rodzice ci nie znają lub błędnie znają okresy rozwojowe dzieci, stąd też nie potrafią rozpoznać odstępstw rozwojowych swojego dziecka w sferze psychicznej czy też fizycznej. Badani rodzice z niskim poziomem wykształcenia mają także niską świadomość w zakresie posiadanej wiedzy o metodach wychowania dzieci niepełnosprawnych. Natomiast badani rodzice z wykształceniem wyższym przejawiali świadomość wychowawczą na średnim bądź wysokim poziomie.

Należy zatem uznać, że poziom wykształcenia ma wpływ na stopień świadomości wychowawczej rodziców niepełnosprawnych dzieci. Obliczenia statystyczne potwierdzają tę zależność (wykształcenie a świadomość rodziców), ponieważ wartość $\chi 2$ emp. wynosi 24,621, a $\chi 2$ teor. dla df = 3 i poziomu ufności 0,01 – 16,784. Zatem $\chi 2$ emp. > $\chi 2$ teor. Wartość współczynnika zbieżności V-Cramera wynosi 0,29, co oznacza, że zależność ta jest słaba. W mniejszym stopniu środowisko zamieszkania badanych rodziców różnicuje stopień świadomości wychowawczej. Tylko w niewielkim zakresie świadomość wychowawcza rodziców ze środowiska miejskiego jest na wyższym poziomie niż rodziców ze środowiska wiejskiego. Wyniki te nie są jednak statystycznie istotnie zróżnicowane.

Niepełnosprawność dziecka wymaga większego nakładu czasu, środków, często zmiany organizacji życia codziennego, innego podziału obowiązków

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 4491033A63303331

między ojcem i matką, a także dużej cierpliwości i wyrozumiałości od rodziców w oddziaływaniach wychowawczych. Część spośród badanych rodziców decyduje się na rezygnację z pracy lub wcześniejsze świadczenie emerytalne, poświęcając więcej czasu zadaniom wychowawczym wobec dzieci niepełnosprawnych. Istnieje jednak część badanych rodziców, którzy nie radzą sobie z trudnymi problemami opiekuńczo-wychowawczymi i rehabilitacyjnymi. Unikają – świadomie lub nieświadomie – działań wychowawczych, uważając, że nie warto podejmować aktywnych zadań wychowawczych, gdyż możliwości umysłowe i fizyczne dziecka niepełnosprawnego są ograniczone. Rodzice, szczególnie ze środowiska wiejskiego oraz z wykształceniem podstawowym i zawodowym, posiadają niski stopień umiejętności wychowawczych. Wyższy poziom tych umiejętności mają badani rodzice z wykształceniem wyższym i pochodzący ze środowiska miejskiego.

Badani ojcowie i matki o wyższym statusie wykształcenia w większym stopniu preferują różne rodzaje nagród, w tym i nagród uczuciowych. Natomiast rodzice ze środowiska wiejskiego i z wykształceniem podstawowym w mniejszym zakresie stosują różne rodzaje nagród. Stąd też zmienne niezależne w postaci wykształcenia rodziców, jak i środowiska zamieszkania mają wpływ na oddziaływania wychowawcze i rehabilitacyjne niepełnosprawnych dzieci.

Należy także wyrazić pogląd, że badane matki w większym stopniu niż ojcowie zajmowały się wychowaniem swych dzieci, stosowały w szerszym zasięgu i z większą częstością nagrody w procesie wychowawczym, prowadziły ćwiczenia usprawniające i kontaktowały się ze specjalistami w celu optymalizacji ćwiczeń rehabilitacyjnych z dzieckiem niepełnosprawnym. Ojcowie, szczególnie w pierwszych latach życia dziecka, w niewielkim stopniu angażowali się w jego wychowanie.

Podsumowując analizę wyników badań oraz sformułowane tezy wynikające z założeń badawczych należy stwierdzić, że istotnym warunkiem optymalizowania rozwoju dziecka niepełnosprawnego jest zaspokojenie jego potrzeb psychicznych, społecznych, biologicznych, rehabilitacyjnych i poznawczych. Do szczególnie ważnych należą te, które powinny być zaspokojone w środowisku rodzinnym, a więc potrzeba miłości, bezpieczeństwa, akceptacji społecznej, aktywności, samodzielności i potrzeby rehabilitacyjne.

Sposób zaspokojenia potrzeb dzieci zależy często od postaw rodzicielskich rodziców niepełnosprawnych dzieci i ich świadomości wychowawczej.

Wychowanie i opieka nad dzieckiem niepełnosprawnym jest szczególnie trudna ze względu na złożoność i długotrwałość tych oddziaływań – często bez widocznych efektów rozwojowych, a także ze względu na przeżycia emo-

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 4491033A63303331

cjonalne rodziców związane z zaakceptowaniem niepełnosprawności dziecka, co może się przyczynić do dezorganizacji życia rodziny, a także ujawniania nieprawidłowych postaw rodzicielskich.

Rozmiar zaburzeń występujących na wielu płaszczyznach funkcjonowania rodziny z niepełnosprawnym dzieckiem jest tak rozległy, że trudno jest przywrócić jej emocjonalną równowagę bez pomocy instytucji, organizacji i stowarzyszeń niosących wsparcie rodzinie i dziecku niepełnosprawnemu.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 4491033A63303331

LITERATURA

Adamski F., *Rodzina. Wymiar społeczno-kulturowy*, Kraków 2002.

Adamski F., *Socjologia małżeństwa i rodziny: wprowadzenie*, Warszawa 1982.

Andrzejewski M., *Prawna ochrona rodziny*, Warszawa 1999.

Arusztowicz B., *W trosce o uśmiech chorego dziecka*, Warszawa 1992.

Badinter E., *Historia miłości macierzyńskiej*, Warszawa 1998.

Bartosz B., *Doświadczanie macierzyństwa. Analiza narracji autobiograficznych*, Wrocław 2002.

Bendych E. (red.), *Rehabilitacja dzieci i młodzieży z uszkodzonym wzrokiem*, Warszawa 1984.

Błeszyńska K., *Niepełnosprawność a struktura identyfikacji społecznych*, Warszawa 2001.

Błeszyńska K., *Wartość miłości, małżeństwa i rodziny w życiu osób niepełnosprawnych*, Warszawa 1994.

Błeszyńska K., *Wybrane problemy kształtowania się postaw rodzicielskich wobec dzieci z odchyleniami od normy*, „Problemy Rodziny" 1991, nr 1.

Boczar K., *Młodzież umysłowo upośledzona w rodzinie i w środowisku pracy*, Warszawa 1982.

Bołoz W., *Promocja osoby w rodzinie*, Warszawa 1998.

Borzyszkowska H., *Dziecko niepełnosprawne w rodzinie*, „Oświata i Wychowanie" 1988, nr 42.

Borzyszkowska H., *Izolacja społeczna rodzin mających dziecko upośledzone w stopniu lekkim*, Gdańsk 1997.

Borzyszkowska H., *Oligofrenopedagogika*, Warszawa–Łódź 1985.

Braun-Gałkowska M., *Psychologiczna analiza systemów rodzinnych osób zadowolonych i niezadowolonych z małżeństwa*, Lublin 1992.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 4491033A63303331

Buczyński F., *Rodzina z dzieckiem chorym na białaczkę*, Lublin 1999.

Butler G., McManus F., *Psychologia*, Warszawa 1999.

Campbell R., *Twoje dziecko potrzebuje ciebie*, Kraków 1991.

Chodkowska M. (red.), *Człowiek niepełnosprawny: problem autorealizacji i społecznego funkcjonowania*, Lublin 1994.

Chodkowska M. (red.), *Dziecko niepełnosprawne w rodzinie. Socjalizacja i rehabilitacja*, Lublin 1995.

Chodkowska M. (red.), *Pedagogika specjalna wobec potrzeb teraźniejszości i wyzwań przyszłości*, Lublin 1998.

Chymuk M., Topa D. (red.), *Edukacja prorodzinna*, Kraków 2000.

Cieślik A., *Znaczenie postaw rodzicielskich w kształtowaniu wizji przyszłej rodziny*, Warszawa 1998.

Clarke A., Clarke D., *Upośledzenie umysłowe*, Warszawa 1971.

Courtois G. ks., *Rady dla rodziców*, Olsztyn 1989.

Cudak H., *Funkcjonowanie dzieci z małżeństw rozwiedzionych*, Toruń 2003.

Cudak H., *Funkcjonowanie rodziny a nieprzystosowanie społeczne dzieci i młodzieży*, Kielce 1998.

Cudak H., *Szkice z badań nad rodziną*, Kielce 1995.

Cudak H. (red.), *Problemy współczesnej rodziny w Polsce*, Piotrków Trybunalski 1998.

Cudak H. (red.), *Rodzina polska u progu XXI wieku*, Łowicz 1997.

Cudak H. (red.), *Socjalizacja i wychowanie we współczesnych rodzinach polskich*, Piotrków Trybunalski 2001.

Cudak H. (red.), *Wychowanie w rodzinie współczesnej w świetle zagrożeń i wsparcia społecznego*, Piotrków Trybunalski 1999.

Cudak H., Marzec H. (red.), *Współczesna rodzina polska – jej stan i perspektywy*, Mysłowice 2005.

Cunningham C., *Dzieci z zespołem Downa. Poradnik dla rodziców*, Warszawa 1994.

Dega W., *Ortopedia i rehabilitacja*, Warszawa 1972.

Delumeau J., Roche D. (red.), *Historia ojców i ojcostwa*, Warszawa 1995.

Domagalski Z., *Małżeństwo darem i wyzwaniem*, Gniezno 1995.

Doroszewska J., *Pedagogika specjalna*, Wrocław–Warszawa–Kraków–Gdańsk–Łódź, 1989.

Duch-Krzysztoszek D., *Małżeństwo, seks, prokreacja*, Warszawa 1998.

Dyczewski L., *Rodzina twórcą i przekazicielem kultury*, Lublin 2003.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 4491033A63303331

Dyczewski L., *Rodzina, społeczeństwo, państwo*, Lublin 1994.

Dykcik W. (red.), *Pedagogika specjalna*, Poznań 2001.

Dymara B. (red.), *Dziecko w świecie rodziny*, Kraków 1998.

Fijałkowski W., *Rodzicielstwo w zgodzie z naturą*, Poznań 1999.

Filipczuk H., *Rodzina a rozwój psychiczny dziecka*, Warszawa 1981.

Firkowska-Mankiewicz A. (red.), *Rodzina a problemy zdrowia i choroby*, Warszawa 1990.

Gałkowski T., *Dzieci specjalnej troski*, Warszawa 1972.

Gałkowski T., *Dziecko autystyczne w środowisku rodzinnym i szkolnym*, Warszawa 1995.

Gałkowski T., *Psychologiczne problemy integracji dziecka kalekiegow rodzinie*, „Zagadnienia Wychowawcze a Zdrowie Psychiczne" 1979, nr 1–2.

Gałkowski T., *Rewalidacja dzieci we wczesnym wieku*, [w:] Pomykało W. (red.), *Encyklopedia pedagogiczna*, Warszawa 1993.

Gamulczak F., *Praca dydaktyczno-wychowawcza z dziećmi i młodzieżą kaleką*, Warszawa 1986.

Gasiulowa A., *Wrażliwość empatyczna dzieci z dysfunkcją narządu ruchu a ich środowisko rodzinne*, Bydgoszcz 1993.

Giryński A., *Postawy rodzicielskie a pełnienie ról społecznych przez dzieci niepełnosprawne umysłowo*, „Chowanna" 1984, nr 1.

Goldman M., *Radość ojcostwa*, Gdańsk 2001.

Góralczyk E., *Choroba dziecka w twoim życiu: o dzieciach ciężko i przewlekle chorych i ich rodzicach*, Warszawa 1996.

Góralówna M., *Dziecko z trwałym kalectwem słuchu: zagadnienia diagnostyki i postępowania leczniczo-rehabilitacyjnego*, Warszawa 1970.

Graniewska D., Balcerzak-Paradowska B., Głowosz D., *Współczesne zagrożenie realizacji podstawowych funkcji rodziny*, Warszawa 1994.

Grodzicka I., *Wpływ postaw rodzicielskich na sytuację dzieci niepełnosprawnych*, Warszawa 1989.

Gryglewski M., *Style komunikacji rodzicielskiej a identyfikacja dzieci z rodzicami*, Lublin 1999.

Grzegorzewska M., *Pedagogika specjalna*, Warszawa 1968.

Gustavsson A., Zakrzewska-Manterys E. (red.), *Upośledzenie w społecznym zwierciadle*, Warszawa 1997.

Hale G. (red.), *Poradnik dla niepełnosprawnych: adaptowanie domu, urządzenia ułatwiające życie, zaspokajanie potrzeb osobistych, dziecko niepełnosprawne w rodzinie, rodzice niepełnosprawni*, Warszawa 1996.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 4491033A63303331

Hałoń E. (red.), *Rodzina – jej funkcje przystosowawcze i ochronne*, Warszawa 1995.

Han-Ilgiewicz N., *Więź rodzinna w aspekcie pedagogiki specjalnej*, Warszawa 1964.

Hardyment Ch., *Rodzina. Prognozy XXI wieku*, Warszawa 1999.

Hellinger B., Ten Hövel G., *Praca nad rodziną. Metoda Berta Hellingera*, Gdańsk 2004.

Hinze D., *Väter und Mütter behinderter Kinder. Der Prozess der Auseinandersetzung im Vergleich*, Heidelberg 1999.

Hryniewicka A., *Czynny udział rodziców w usprawnianiu dziecka niepełnosprawnego*, „Medycyna–Dydaktyka–Wychowanie" 1996, nr 1–2.

Hulek A., *Z dziejów polskiej rehabilitacji inwalidów i innych osób niepełnosprawnych jako służby społecznej*, Warszawa–Rzeszów 1998.

Hulek A. (red.), *Człowiek niepełnosprawny w społeczeństwie*, Warszawa 1986.

Hulek A. (red.), *Edukacja osób niepełnosprawnych*, Warszawa 1993.

Hulek A. (red.), *Pedagogika rewalidacyjna*, Warszawa 1980.

Hulek A. (red.), *Rewalidacja dzieci i młodzieży niepełnosprawnej w rodzinie*, Warszawa 1984.

Hundertmarck G. (red.), *Uczmy się żyć razem: niepełnosprawne dzieci w przedszkolu*, Warszawa 1993.

Izdebska H., *Rodzina i jej funkcja wychowawcza*, [w:] W. Pomykało (red.), *Encyklopedia pedagogiczna*, Warszawa 1997.

Izdebska J., *Dziecko w rodzinie u progu XXI wieku*, Warszawa 2000.

Izdebska J. (red.), *Dziecko w rodzinie i w środowisku rówieśniczym. Wybrane zagadnienia i źródła pedagogiki społecznej*, Białystok 2003.

Jakubowska T., *O znaczeniu i szansach pracy dla osób z uszkodzeniami i chorobami mózgu*, „Problemy Rehabilitacji Społecznej i Zawodowej" 1996, nr 3.

Jakubowski S., *Problemy osób niewidomych i słabo widzących w poradnictwie zawodowym*, „Problemy Rehabilitacji Społecznej i Zawodowej" 1996, nr 3.

Jakubowski S., Serafin R., Szczepankowski B., *Pomoce techniczne dla osób niepełnosprawnych*, Warszawa 1994.

Jan Paweł II, *Adhortacja apostolska Familiaris consortio*, Wrocław 2000.

Jan Paweł II, *List do Rodzin*, Watykan 1994.

Janicka I., Rostowska T. (red.), *Psychologia w służbie rodziny*, Łódź 2003.

Janke A.W., *Transformacja w stosunkach rodziny i szkoły. Perspektywy zmiany społecznej w edukacji*, Bydgoszcz 2002.

Janke A.W. (red.), *Pedagogika rodziny na progu XXI wieku*, Toruń 2004.

Jordan M., *Rodzinne bariery socjalizacji nieletnich*, Kraków 2003.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 4491033A63303331

Kamiński A., *Funkcje pedagogiki społecznej*, Warszawa 1982.

Karwowska M., *Wspieranie rodziny dziecka niepełnosprawnego umysłowo (w kontekście społecznych przemian)*, Kraków 2003.

Kawczyńska-Butrym Z., *Rodzina wobec problemów człowieka niepełnosprawnego*, „Problemy Rehabilitacji Społecznej i Zawodowej" 1993, nr 1/2.

Kawczyńska-Butrym Z., *Rodziny osób niepełnosprawnych*, Warszawa 1994.

Kawecki W. (red.), *Nadzieje i zagrożenia współczesnej rodziny. Międzynarodowe sympozjum moralno-pastoralne*, Warszawa 1995.

Kawula S., *Funkcje rodziny*, „Problemy Opiekuńczo-Wychowawcze" 1991, nr 9.

Kawula S., *Mozaikowość rodziny. Szkic do portretu współczesnych form rodzinno-małżeńskich*, Olsztyn 2003.

Kawula S., Brągiel J., Janke A. W., *Pedagogika rodziny. Obszary i panorama problematyki*, Toruń 2004.

Kawula S., Wyrembek J., *Funkcja opiekuńczo-wychowawcza rodziny wobec dzieci defektywnych*, „Problemy Rodziny" 1986, nr 3.

Kępski C. (red.), *Opieka i wychowanie w rodzinie*, Lublin 2003.

Kirenko J., *Niektóre uwarunkowania psychospołecznego funkcjonowania osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego*, Lublin 1995.

Kołodziejczyk M., *Opieka psychopedagogiczna nad małym dzieckiem niewidomym i poradnictwo dla jego rodziców*, „Zagadnienia Wychowawcze a Zdrowie Psychiczne" 1982, nr 1–2.

Komorowska M., *Sytuacja dzieci i młodzieży niepełnosprawnej w społeczeństwie polskim*, Lublin 2000.

Kornas-Biela D. (red.), *Oblicza macierzyństwa*, Lublin 1999.

Kornas-Biela D. (red.), *Rodzina: źródło życia i szkoła miłości*, Lublin 2001.

Kornas-Biela D. (red.), *Z zagadnień psychologii prokreacyjnej*, Lublin 1993.

Kosakowski C. (red.), *Nauczanie i wychowanie osób lekko upośledzonych umysłowo*, Toruń 2001.

Kosakowski C., Zaorska M. (red.), *Dziecko o specjalnych potrzebach edukacyjnych*, Toruń 2000.

Kosińska-Dec K., Jelonkiewicz I., *Sposoby radzenia sobie przez rodziców z zaburzeniami emocjonalnymi i chorobą somatyczną dziecka*, „Psychologia Wychowawcza" 1995, nr 4.

Kossewska J., *Uwarunkowania postaw – nauczyciele i inne grupy zawodowe wobec integracji szkolnej dzieci niepełnosprawnych*, Kraków 2000.

Kostecki R., Maciarz A. (red.), *Podmiotowa rola rodziców w rehabilitacji dzieci niepełnosprawnych*, Zielona Góra 1993.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 4491033A63303331

Kostrzewski J., *Diagnoza odchyleń od normy*, [w:] W. Pomykało (red.), *Encyklopedia pedagogiczna*, Warszawa 1993.

Kostrzewski J. (red.), *Z zagadnień psychologii dziecka upośledzonego umysłowo*, Warszawa 1978.

Kościelak R., *Funkcjonowanie psychospołeczne osób niepełnosprawnych umysłowo*, Warszawa 1996.

Kościelska M., *Oblicza upośledzenia*, Warszawa 1995.

Kościelska M., *Rodziny dzieci niepełnosprawnych*, Warszawa 1998.

Kościelska M., *Trudne macierzyństwo*, Warszawa 1998.

Kościelska M., *Upośledzenie umysłowe a rozwój społeczny*, Warszawa 1984.

Kościelska M. (red.), *Studia z psychologii klinicznej dziecka*, Warszawa 1988.

Kowalik S., *Psychospołeczne podstawy rehabilitacji osób niepełnosprawnych*, Warszawa 1996.

Kozubska A., *Opieka i wychowanie w rodzinie dziecka upośledzonego umysłowo w stopniu lekkim*, Bydgoszcz 2000.

Krakowiak K., Sękowska Z., *Mówimy z fonogestami: przewodnik dla rodziców i przyjaciół dzieci z uszkodzonym słuchem*, Warszawa 1996.

Kruk-Lasocka J., *Rodzina i jej dziecko upośledzone umysłowo*, Wrocław 1991.

Kryczka P. (red.), *Rodzina w zmieniającym się społeczeństwie*, Lublin 1997.

Kubica A., *Pomoc rodzinie dziecka niepełnosprawnego*, „Problemy Opiekuńczo-Wychowawcze" 1993, nr 4.

Kukołowicz T., *Rodzina wychowuje*, Stalowa Wola 1996.

Kukołowicz T. (red.), *Troska Kościoła o rodzinę w Polsce*, Warszawa 1992.

Kurzynowski A., *Osoby niepełnosprawne w globalnej i lokalnej polityce społecznej*, „Problemy Rehabilitacji Społecznej i Zawodowej" 1997, nr 3.

Kwak A., Mościskier A., *Rzeczywistość praw dziecka w rodzinie*, Warszawa 2002.

Lipkowski O., *Pedagogika specjalna*, Warszawa 1981.

Maciarz A., *Dziecko niepełnosprawne (podręczny słownik terminów)*, Zielona Góra 1996.

Maciarz A., *Uczniowie niepełnosprawni w szkole powszechnej*, Warszawa 1992.

Maciarz A., *Z teorii i badań społecznej integracji dzieci niepełnosprawnych*, Kraków 1999.

Maciarz A., Janiszewska-Nieścioruk Z., Ochonczenko H. (red.), *Człowiek niepełnosprawny w rodzinie i środowisku lokalnym*, Zielona Góra 2001.

Maciaszkowa J., *Z teorii i praktyki pedagogiki opiekuńczej*, Warszawa 1991.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 4491033A63303331

Majewski T., *Międzynarodowa Klasyfikacja Uszkodzeń, Niepełnosprawności i Upośledzeń – problemy i nowe propozycje*, „Problemy Rehabilitacji Społecznej i Zawodowej" 1998, nr 1.

Maslow A.H., *Motivation and Personality*, New York 1954.

Mauersberg S. (red.), *Dzieje szkolnictwa i pedagogiki specjalnej*, Warszawa 1990.

Mądrzycki T., *Psychologiczne prawidłowości kształtowania się postaw*, Warszawa 1977.

Minczakiewicz E. (red.), *Dziecko niepełnosprawne w rodzinie i w szkole*, Kraków 2002.

Minczakiewicz E., Grzyb B., Gajewski Ł., *Elementarz dla rodziców. Dziecko ryzyka a wychowanie*, Kraków 2003.

Nagórny J., Jeżyna L. (red.), *Człowiek. Miłość. Rodzina*, Lublin 1999.

Nowak S., *Metodologia badań socjologicznych*, Warszawa 1991.

Obuchowska I. (red.), *Dziecko niepełnosprawne w rodzinie*, Warszawa 1999.

Obuchowska I., Krawczyński M., *Chore dziecko*, Warszawa 1991.

Obuchowski K., *Przez galaktykę potrzeb*, Poznań 1995.

Ochojska D., *Człowiek chory w rodzinie – procesy zmagania się z sytuacją*, „Problemy Rodziny" 1994, nr 6.

Ochojska D., *Stwardnienie rozsiane i rodzina. Psychologiczna analiza sytuacji w rodzinach osób dorosłych chorych na stwardnienie rozsiane*, Rzeszów 2000.

Ochojska D., Radochoński M., *Choroba w rodzinie: Style zmagania się z sytuacją trudną*, „Problemy Rodziny" 1997, nr 5–6.

Okoń W., *Nowy słownik pedagogiczny*, Warszawa 1998.

Okoń W., *Nowy słownik pedagogiczny*, Warszawa 2001.

Olechnowicz H., *Wyzwalanie aktywności dzieci głębiej upośledzonych umysłowo*, Warszawa 1994.

Olkowicz I., *Organizacje pozarządowe zajmujące się osobami niepełnosprawnymi – Projekt Sieci Demokratycznej AED*, „Problemy Rehabilitacji Społecznej i Zawodowej" 1997, nr 2.

Olubiński A., *Konflikty rodzice – dzieci. Dramat czy szansa? (Wzory i wzorce)*, Toruń 1994.

Organizacje pozarządowe i instytucje działające na rzecz osób niepełnosprawnych: *informator*, Warszawa 1997.

Ossowski R., *Teoretyczne i praktyczne podstawy rehabilitacji*, Bydgoszcz 1999.

Ossowski R. (red.), *Sytuacja życiowa dziecka niepełnosprawnego w rodzinie*, Bydgoszcz 1998.

Ostrowska A. (red.), *Badania nad niepełnosprawnością w Polsce*, Warszawa 1994.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 4491033A63303331

Ostrowska A., Sikorska J., *Syndrom niepełnosprawności w Polsce: bariery integracji*, Warszawa 1996.

Ostrowska K., Ryś M. (red.), *Przygotowanie do życia w rodzinie. Materiały pomocnicze dla nauczycieli, wychowawców i rodziców*, Warszawa 1997.

Pańczyk J., *Wokół pojęcia integracyjnego kształcenia dzieci niepełnosprawnych*, „Problemy Rehabilitacji Społecznej i Zawodowej" 1993, nr 4.

Pańczyk J. (red.), *Pedagogika specjalna. Psychopedagogiczne i medyczne studium terminologiczne*, Warszawa 1991.

Patkiewicz J. (red.), *Udział rodziny w kompleksowej rehabilitacji i życiu dzieci i młodzieży niepełnosprawnej*, Wrocław 1999.

Pecyna S.M.B., *Psychologia kliniczna w praktyce pedagogicznej*, Warszawa 1998.

Pecyna S.M.B., *Rodzinne uwarunkowania zachowania dziecka w świetle psychologii klinicznej*, Warszawa 1998.

Piekarska A., *Przemoc w rodzinie. Agresja rodziców wobec dzieci. Przejawy i psychologiczne uwarunkowania*, Warszawa 1991.

Pielka H. (red.), *Rodzina, wychowanie, nauczanie*, Koszalin 1995.

Pielka H. (red.), *Społeczne problemy współczesnej rodziny polskiej a wychowanie*, Słupsk 1991.

Pielka J., *Rodzina dziecka przedszkolnego*, Koszalin 1993.

Pilch T., *Metodologia pedagogiczna badań środowiskowych*, Wrocław–Warszawa 1971.

Pilch T., *Zasady badań pedagogicznych*, Warszawa 1995.

Pisula E., *Psychologiczne problemy rodziców dzieci z zaburzeniami rozwoju*, Warszawa 1998.

Piszczek M., *Wczesna interwencja i pomoc dzieciom niepełnosprawnym: materiały szkoleniowe*, Warszawa 1995.

Płachecki A., *Postawy rodziców wobec jąkających się dzieci*, „Zagadnienia Wychowawcze a Zdrowie Psychiczne" 1982, nr 1–2.

Poraj G., Rostowski J. (red.), *Zagrożenia życia rodzinnego*, Łódź 2003.

Prekop J., Schweizer Ch., *Niespokojne dzieci. Poradnik dla zaniepokojonych rodziców*, Poznań 1997.

Pulikowski J., *Warto być ojcem. Najważniejsza kariera mężczyzny*, Poznań 2002.

Radochoński M., *Zarys psychopatologii dla pedagogów*, Rzeszów 1996.

Rola J., Pisula E. (red.), *Dziecko z upośledzeniem umysłowym w rodzinie*, Warszawa 1995.

Ryszka R. (red.), *Polska rodzina u progu Trzeciego Tysiąclecia*, Lublin 2000.

Ryś M., *Systemy rodzinne. Metody badań struktury rodziny pochodzenia i rodziny własnej*, Warszawa 2001.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 4491033A63303331

Sadowska S., *Potrzeby i możliwości w zakresie pomocy rodzinie z dzieckiem upośledzonym umysłowo*, „Roczniki Pedagogiki Specjalnej", t. 7, 1996.

Sakowska J., *Szkoła dla Rodziców i Wychowawców*, Warszawa 1999.

Sekułowicz M., *Matki dzieci niepełnosprawnych wobec problemów życiowych*, Wrocław 2000.

Sękowska Z., *Pedagogika specjalna (zarys)*, Warszawa 1985.

Sękowska Z. (red.), *Przygotowanie pedagogów specjalnych do nowych form kształcenia dzieci niepełnosprawnych: ogólnopolska konferencja naukowa Lublin 3–4.06.1992*, Lublin 1995.

Sękowska Z. (i in. red.), *Jak pomóc dzieciom słabowidzącym?: poradnik dla rodziców i nauczycieli*, Lublin 1996.

Sidor-Rządkowska M., *Etyczne aspekty rehabilitacji (koncepcje filozoficzne a debaty sejmowe)*, Warszawa 1997.

Simon F.B., Stierlin H., *Słownik terapii rodzin*, Gdańsk 1998.

Sławiński S., *Wychowywać do miłości. Propozycja programu i metody dla przysposobienia do życia w rodzinie*, Warszawa 1993.

Steede K., *10 błędów popełnianych przez dobrych rodziców*, Gdańsk 2000.

Szczepankowska B., Mikulski J. (red.), *Osoby niepełnosprawne w środowisku lokalnym (wyrównywanie szans)*, Warszawa 1999.

Szymański M., *Młodzież wobec wartości. Próba diagnozy*, Warszawa 1998.

Szymański M., *Zagrożenia funkcji wychowawczej rodziny*, „Roczniki Pedagogiki Rodziny", t. II, Piotrków Trybunalski 1999.

Tchorzewski A., *Funkcje edukacyjne rodziny. Studium diagnostyczno-anagnostyczne*, Bydgoszcz 1999.

Tomasik E. (red.), *Wybrane zagadnienia z pedagogiki specjalnej*, Warszawa 1997.

Tomaszewski T. (red.), *Psychologia*, Warszawa 1976.

Tyszka Z., *Rodzina we współczesnym świecie*, Poznań 2002.

Tyszka Z., *System metodologiczny wieloaspektowej integracji analizy życia rodzinnego*, Poznań 2001.

Wilk J., *Pedagogika rodziny*, Lublin 2002.

Winiarski M., *Rodzina – szkoła – środowisko lokalne. Problemy edukacji środowiskowej*, Warszawa 2000.

Wojciechowski F., *Dziecko umysłowo upośledzone w rodzinie: studium porównawcze*, Warszawa 1990.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 4491033A63303331

Woźniak Z., *Zdrowie – choroba – niepełnosprawność a rodzina. Relacje wzajemne w perspektywie teoretyczno-metodologicznej*, „Roczniki Socjologii Rodziny", t. 3, 1991.

Wroczyński R., *Pedagogika społeczna*, Warszawa 1974.

Wroński R. (red.), *Wychowanie prorodzinne. Poradnik metodyczny*, Tarnów 1998.

Wyczesany J., *Oligofrenopedagogika*, Kraków 1998.

Wyszyńska A. (red.), *Psychologia defektologiczna*, Warszawa 1987.

Zabłocki J., *Wprowadzenie do rewalidacji*, Toruń 1997.

Zabłocki K. J. (red.), *Dziecko niepełnosprawne. Jego rodzina i edukacja*, Warszawa 1999.

Zaborowski Z., *O rodzinie. Rodzina jako grupa społeczno-wychowawcza*, Warszawa 1969.

Zaczyński W., *Praca badawcza nauczyciela*, Warszawa 1995.

Ziemska M., *Kwestionariusz dla rodziców do badania postaw rodzicielskich*, Warszawa 1981.

Ziemska M., *Postawy rodzicielskie*, Warszawa 1969.

Ziemska M. (red.), *Rodzina i dziecko*, Warszawa 1986.

Ziemska M., Kwak A., *Próba opracowania metody badania postaw rodzicielskich*, „Zagadnienia Wychowawcze a Zdrowie Psychiczne" 1973, nr 4–5.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 4491033A63303331

ANEKS

Załącznik 1

Kwestionariusz do badania postaw rodzicielskich w opracowaniu Marii Ziemskiej

Kwestionariusz ten służy badaniom opinii matek i ojców na temat wychowywania dzieci.

W ankiecie nie podajecie Państwo swoich danych, stąd też proszę o szczere i prawdziwe odpowiedzi. Nie ma rozwiązań dobrych i złych, należy więc odpowiadać zgodnie ze swoim zdaniem. Pewne stwierdzenia mogą wydawać się podobne, ale są potrzebne dla wskazania drobnych różnic w poglądach. Proszę odpowiadać szybko, podawać pierwszą odpowiedź, jaka się nasuwa i niczego nie pomijać.

Proszę przeczytać każde z podanych poniżej stwierdzeń i oznaczyć je następująco:

– jeśli uznaje Pan(i) za zdecydowanie słuszne, proszę podkreślić S, np. S s b B;
– jeśli uznaje Pan(i) za raczej słuszne, proszę podkreślić s, np. S s b B;
– jeśli uznaje Pan(i) za raczej błędne, proszę podkreślić b, np. S s b B;
– jeśli uznaje Pan(i) za zdecydowanie błędne, proszę podkreślić B, np. S s b B.

Jeśli się Pan(i) pomyli, proszę przekreślić zaznaczoną literę na krzyż i podkreślić inną.

Za okazaną pomoc w przeprowadzanych badaniach serdecznie dziękuję.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 4491033A63303331

1.	Rodzice zawsze muszą wszystko poświęcać dla swych dzieci.	S	s	b	B
2.	Dziecko powinno wiedzieć, że rodzice je kochają.	S	s	b	B
3.	Dziecku nie trzeba okazywać zbyt wiele uczucia.	S	s	b	B
4.	Życie rodzinne byłoby szczęśliwsze, gdyby rodzice dawali odczuć dzieciom, że wolno im mówić wszystko, co myślą.	S	s	b	B
5.	Dziecko powinno być stawiane w domu na pierwszym miejscu.	S	s	b	B
6.	Właściwie to nie wiadomo, jaki jest najlepszy sposób wychowywania dzieci.	S	s	b	B
7.	Trzeba liczyć się z tym, co dziecko lubi i na co ma ochotę.	S	s	b	B
8.	Jeżeli dziecko domaga się czegoś, czego mu nie wolno, trzeba mu się ostro przeciwstawić.	S	s	b	B
9.	Delikatne dziecko wymaga specjalnej ochrony przed innymi dziećmi.	S	s	b	B
10.	Umiejętność kierowania dzieckiem jest mniej trudna, niż to się często wydaje.	S	s	b	B
11.	Trudno znieść, gdy dziecko ciągle chce na ręce.	S	s	b	B
12.	Właściwie to nie wiadomo, kiedy być stanowczym i nieustępliwym wobec dziecka.	S	s	b	B
13.	Nie należy dużo bawić się z dzieckiem, gdyż to je podnieca i potem nie może spać.	S	s	b	B
14.	Dziecko ma prawo do swojego punktu widzenia i do wypowiadania go.	S	s	b	B
15.	Dbałość o dziecko wymaga dawania mu drogich owoców i różnych drogich rzeczy.	S	s	b	B
16.	Nie jest zupełnie pewne, czy raczej być swobodnym i żartobliwym, czy poważnym wobec dziecka.	S	s	b	B
17.	Dzieci powinny bez dyskusji słuchać starszych.	S	s	b	B
18.	Aby być pewnym, czy dziecko odrobiło dobrze lekcje, najlepiej siedzieć przy nim.	S	s	b	B
19.	Trzeba ukrócać niecierpliwość i ruchliwość dzieci.	S	s	b	B
20.	Czasem trzeba pozwolić dziecku robić coś bez nadzoru rodziców.	S	s	b	B
21.	Czuję, że trudniej mi niż innym rodzicom wychować dziecko.	S	s	b	B
22.	Dawanie dzieciom rad i wskazówek jest najczęściej stratą czasu, bo dzieci albo ich nie słuchają, albo nie potrzebują.	S	s	b	B
23.	Lepiej, żeby dziecko bawiło się samo w domu, niż żeby je odwiedzały inne dzieci.	S	s	b	B
24.	Rodzicom trudno jest mieć wpływ na dzieci ze względu na to wszystko, co one usłyszą poza domem.	S	s	b	B

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 4491033A63303331

25.	Spędzanie z dzieckiem czasu po pracy to dobry odpoczynek.	S	s	b	B
26.	Na wszystko, co robią dzieci, powinny mieć zezwolenie rodziców.	S	s	b	B
27.	Stały lęk matki, że dziecku może się coś stać, jest czymś zupełnie zrozumiałym.	S	s	b	B
28.	Jeśli jest się dość stanowczym, dzieci nie wejdą na głowę.	S	s	b	B
29.	Nawet małym dzieciom można pozwolić bawić się na bocznych uliczkach bez nadzoru.	S	s	b	B
30.	Zbyt dużo swobody psuje dziecko.	S	s	b	B
31.	Rodzice nie muszą starać się o to, aby wiedzieć o wszystkim, co robią ich dzieci.	S	s	b	B
32.	Na dzieci wpływa zbyt wiele różnych rzeczy, którym rodzice nie mogą zaradzić.	S	s	b	B
33.	Jeśli rodzice zauważą, że to oni się mylą, a dziecko ma słuszność, powinni przyznać mu rację.	S	s	b	B
34.	Dziecko należy uczyć unikania bójek ze względu na ich skutki.	S	s	b	B
35.	Najlepiej dziecku ustępować, bo to rozwija jego samodzielność.	S	s	b	B
36.	Dziecko należy od razu skrytykować, gdy robi coś nie tak, jak trzeba.	S	s	b	B
37.	Jeśli dziecko na chwilę spuści się z oczu, będą kłopoty.	S	s	b	B
38.	Jeśli stawiamy dziecku wymagania i okazujemy zadowolenie z ich spełnienia, ono staje się posłuszne.	S	s	b	B
39.	Dzieciom można zostawić swobodę przychodzenia i wychodzenia z domu bez opowiadania się.	S	s	b	B
40.	Dziecko powinno zawsze zgodzić się z decyzją swoich rodziców.	S	s	b	B
41.	Dziecku można pozwolić na posiadanie własnych tajemnic i sekretów.	S	s	b	B

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 4491033A63303331

Załącznik 2

Kwestionariusz ankiety dla rodziców

Kwestionariusz ten służy badaniom, które mają wskazać faktyczne trudności opiekuńczo-wychowawcze z dzieckiem niepełnosprawnym w środowisku rodzinnym. W ankiecie nie podajecie Państwo imienia i nazwiska, proszę więc o szczerość i prawdziwość odpowiedzi. W ankiecie należy podkreślić właściwe stwierdzenia lub odpowiedzieć w formie opisowej. Za wypełnienie ankiety serdecznie dziękuję.

DANE OSOBOWE RESPONDENTA

1. Wiek.....
2. Płeć
   a) kobieta
   b) mężczyzna
3. Wykształcenie
   a) niepełne podstawowe
   b) podstawowe
   c) zawodowe
   d) średnie
   e) wyższe
4. Ile pomieszczeń mieszkalnych zajmuje Pana(i) mieszkanie? .....
5. Liczba osób w rodzinie.....
6. Jak ocenił(a)by Pan(i) warunki materialne swojej rodziny?
   a) bardzo trudne
   b) trudne
   c) przeciętne
   d) dobre
   e) bardzo dobre

BADANIA ZASADNICZE

1. Czy zdaniem Pana(i) warto mieć dzieci?
   a) tak
   b) nie

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 4491033A63303331

c) raczej tak
d) raczej nie

2. Czy Pan(i) oczekiwał(a) tego dziecka?
   a) tak
   b) nie
   c) raczej tak
   d) raczej nie
3. Czy urodzone dziecko spełniało oczekiwania Pana(i)?
   a) tak
   b) nie
   c) raczej tak
   d) raczej nie
      dlaczego?.....
4. Kiedy dowiedział(a) się Pan(i) o niepełnosprawności swojego dziecka?
   a) w czasie płodowego życia dziecka
   b) po urodzeniu
   c) w pierwszych latach życia dziecka
   d) inne (jakie?).....
5. Kto i w jakich okolicznościach przekazał Panu(i) tę wiadomość?
   .....
6. Jaka była reakcja Pana(i) na wiadomość o chorobie dziecka?
   .....
7. Jak długo trwał proces zaakceptowania choroby dziecka?
   .....
8. Jak radził(a) sobie Pan(i) z tą trudną sytuacją?
   .....
9. Co rozumie Pan(i) przez rolę opiekuńczo-wychowawczą rodziców?
   .....
   .....
10. Czy znane są Panu(i) metody oddziaływań wychowawczych?
    a) tak
    b) częściowo
    c) znam ogólnie
    d) raczej nie
    e) nie
       jakie?.....
11. W jaki sposób przygotowuje Pan(i) swoje dziecko do samodzielności?
    .....
    .....
12. Jakie zna Pan(i) nagrody wychowawcze?
    .....
    .....

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 4491033A63303331

13. Jakie zna Pan(i) kary wychowawcze?
    .....
    .....
14. Czy zdaniem Pana(i) poświęca Pan(i) dziecku wystarczającą ilość czasu?
    a) tak
    b) nie
    c) raczej tak
    d) raczej nie
15. Co jest niezbędne zdaniem Pana(i) dla zdrowia i dobrego samopoczucia Pana(i) dziecka?.....
    .....
16. Czy istnieją w domu takie zasady, które wszyscy członkowie muszą przestrzegać?
    a) tak (jakie?).....
    b) nie – dlaczego?.....
17. W jaki sposób osiąga Pan(i) zamierzony cel wychowawczy?
    .....
18. Jak reaguje Pan(i) na niepowodzenia (np. szkolne, rehabilitacyjne) swojego dziecka?.....
    .....
19. Czy stara się Pan(i) zaspokajać wszelkie prośby dziecka?
    a) tak
    b) raczej tak
    c) raczej nie
    d) nie
       dlaczego?.....
20. Czy traktuje Pan(i) swe dziecko jak partnera?
    a) tak
    b) raczej tak
    c) raczej nie
    d) nie
21. Czy dziecko ma wpływ na podejmowanie decyzji rodzinnych?
    a) tak (w jaki sposób?) .....
    b) nie – dlaczego?.....
22. Jakie nagrody stosuje Pan(i) w wychowaniu swego dziecka?
    .....
    .....
23. Czy dziecko jest konsekwentnie nagradzane?
    a) tak
    b) nie

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 4491033A63303331

c) raczej tak
d) raczej nie

24. Jaki rodzaj kar Pan(i) stosuje?
.....
25. Czy dziecko jest konsekwentnie karane za przewinienia?
a) tak
b) nie
c) raczej tak
d) raczej nie
26. Czy uważa Pan(i) za słuszne stosowanie kar cielesnych?
a) tak
b) nie
c) raczej tak
d) raczej nie
27. Czy zna Pan(i) potrzeby fizyczne i psychiczne swojego dziecka?
a) tak
b) nie
c) raczej tak
d) raczej nie
jakie?.....
28. Czy są one zaspokojone?
a) tak
b) nie
c) raczej tak
d) raczej nie
w jaki sposób?.....
29. Czy zdaniem Pana(i) dziecko w swoim domu czuje się dobrze?
a) tak
b) nie
c) raczej tak
d) raczej nie
30. Czy dziecko ma odpowiednie warunki bytowe i mieszkaniowe?
a) tak
b) nie
c) raczej tak
d) raczej nie
31. Czy kocha Pan(i) swoje dziecko?
a) tak
b) nie
c) raczej tak
d) raczej nie
dlaczego?.....

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 4491033A63303331

32. Jaka panuje atmosfera w Pana(i) rodzinie?.....
.....
33. Jakie panują stosunki między poszczególnymi członkami rodziny?
.....
34. Czy odbywają się częste kłótnie i konflikty w Pana(i) rodzinie?
a) tak
b) nie
c) raczej tak
d) raczej nie
35. Czy dziecko jest świadkiem domowych kłótni?
a) tak
b) nie
c) raczej tak
d) raczej nie
36. Czy zdarzyło się, że dziecko było przyczyną kłótni?
a) tak (dlaczego?).....
b) nie
37. Jak spędza Pan(i) wolny czas?
a) oglądam telewizję
b) czytam książkę, prasę
c) słucham radia
d) idę do kina, teatru
e) inne (jakie?).....
38. Jak zagospodarowany czas ma dziecko? Czy pomaga Pan(i) w racjonalnym spędzeniu tego czasu?.....
.....
39. Czy dziecko ma swój pokój lub inne miejsce do nauki i zabawy?
a) tak
b) nie
c) raczej tak
d) raczej nie
40. Czy dziecko ma łatwy dostęp do książek, radia, telewizji oraz innych środków, które warunkują jego rozwój?
a) tak
b) nie
c) raczej tak
d) raczej nie
41. Czy dziecko jest akceptowane i kochane przez swoje rodzeństwo?
a) tak
b) nie
c) raczej tak
d) raczej nie

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 4491033A63303331

42. Czy dziecko ma swoich przyjaciół, kolegów i osoby, które go odwiedzają?
    a) tak
    b) nie
    c) raczej tak
    d) raczej nie
43. Czy dziecko spędza chętnie czas z grupą rówieśniczą?
    a) tak
    b) nie
    c) raczej tak
    d) raczej nie
44. Czy dziecko wyjeżdża na wakacje, obozy rehabilitacyjne?
    a) tak
    b) nie
    c) raczej tak
    d) raczej nie
45. Czy wie Pan(i) o istnieniu i działalności organizacji, fundacji i stowarzyszeń działających na rzecz niepełnosprawnych?
    a) tak
    b) nie
    c) raczej tak
    d) raczej nie
46. Czy należycie Państwo do którejś z nich?
    a) tak (jakiej?).....
    b) nie
47. Czy organizacja „odnalazła" Państwa dziecko, czy też sami poszukiwaliście pomocy?.....
48. Na czym polega współpraca? .....
    .....
49. Jak ocenia Pan(i) współpracę z tą organizacją? .....
    .....
50. Czy ćwiczy Pan(i) zaburzone sfery psychiczne lub ruchowe?
    a) tak
    b) nie
    c) raczej tak
    d) raczej nie
51. Czy zadowolony(a) jest Pan(i) z postępów rewalidacyjnych (czy rehabilitacyjnych)?
    a) tak
    b) nie
    c) raczej tak
    d) raczej nie
       dlaczego?.....

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 4491033A63303331

Załącznik 3

Kwestionariusz wywiadu z rodzicami

1. Czy zdaniem Państwa warto mieć dzieci i dlaczego?
2. Jak urodziło się dziecko, czy spełniało Państwa oczekiwania?
3. Kiedy i w jaki sposób dowiedzieli się Państwo o chorobie dziecka?
4. W jaki sposób poradzili sobie Państwo z wiadomością o niepełnosprawności dziecka i jak długo trwało przeżywanie emocjonalne?
5. Co rozumieją Państwo przez rolę opiekuńczo-wychowawczą rodziców?
6. Z czym mają Państwo największe problemy, jeżeli chodzi o kwestię wychowania dziecka?
7. Jakie trudności wychowawcze wystąpiły z Państwa dzieckiem?
8. Jakie są znane Państwu metody wychowawcze?
9. Jakie nagrody stosujecie Państwo najczęściej?
10. Jakie kary stosujecie Państwo najczęściej?
11. Czy dziecko jest nagradzane i karane konsekwentnie?
12. Czy poświęcacie Państwo dziecku wystarczającą ilość czasu?
13. Co musicie Państwo zapewnić dziecku, aby było zdrowe i miało dobre samopoczucie?
14. Czy w Państwa domu są pewne zasady (jakie?), które wszyscy członkowie rodziny muszą przestrzegać?
15. Jak reagujecie Państwo na niepowodzenia (szkolne, koleżeńskie, rehabilitacyjne i inne) swojego dziecka?
16. Czy zaspokajają Państwo wszystkie prośby swojego dziecka?
17. Czy traktujecie Państwo swoje dziecko jak partnera?
18. Czy dziecko ma wpływ na podejmowanie decyzji rodzinnych? (np. na zakupach, czas powrotu z rodzinnej imprezy?)
19. Czy znacie Państwo potrzeby fizyczne i psychiczne swojego dziecka?
20. Czy są one zaspokojone?
21. Czy dziecko czuje się w domu dobrze?
22. Czy dziecko ma swój pokój, biurko, łóżko? Czy dziecko jest kochane przez rodzeństwo, rodzinę?

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 4491033A63303331

23. Jaka panuje atmosfera w Państwa domu?
24. Czy dziecko jest obecne podczas rodzinnych kłótni?
25. Czy jesteście Państwo zgodni co do stosowania metod wychowawczych?
26. Jak spędzacie Państwo wolny czas?
27. Jak wolny czas spędza dziecko?
28. Czy dziecko ma łatwy dostęp do książek, telewizji, radia, prasy, komputera?
29. Czy dziecko ma swoich kolegów, przyjaciół? Czy są to koledzy szkolni, czyz sąsiedztwa?
30. Czy dziecko wyjeżdża na kolonie, obozy rehabilitacyjne?
31. Czy należycie Państwo do organizacji, stowarzyszenia na rzecz osób niepełnosprawnych? Na czym polega współpraca i jak się ona układa?
32. Kto pomaga Państwu w rehabilitacji lub w rewalidacji dziecka niepełnosprawnego?

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 4491033A63303331

Załącznik 4

Rzeczywisty stan zaspokojenia potrzeb dzieci niepełnosprawnych przez rodziców w środowisku wiejskim i miejskim

Lp.	Stopień zaspokojenia potrzeb	Środowisko zamieszkania				Ogółem	
		miejskie		wiejskie			
		liczba	%	liczba	%	liczba	%
1.	Bardzo dobrze zaspokajane	24	11,2	7	4,8	31	8,6
2.	Dobrze zaspokajane	49	22,9	19	13,0	68	18,9
3.	Częściowo zaspokajane	112	52,3	82	56,2	194	53,9
4.	Nie są zaspokajane	29	13,6	38	26,0	67	18,6
5.	Ogółem	214	100,0	146	100,0	360	100,0

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 4491033A63303331

Załącznik 5

Rzeczywisty stan zaspokajania potrzeb dzieci przez rodziców w różnym wieku życia

Lp.	Wiek życia rodziców	Stopień zaspokajania potrzeb									
		bardzo dobrze		dobrze		częściowo		nie są zaspokajane		Ogółem	
		liczba	%	liczba	%	liczba	%	liczba	%	liczba	%
1.	20–30 lat	8	15,3	14	26,9	24	46,1	6	11,5	52	100,0
2.	31–35 lat	9	12,3	17	23,3	36	49,3	11	15,1	73	100,0
3.	36–40 lat	7	8,2	15	17,6	47	55,4	16	18,8	85	100,0
4.	41–45 lat	4	5,0	12	15,2	45	57,0	18	22,8	79	100,0
5.	46–55 lat	3	4,2	10	14,1	42	59,2	16	22,5	71	100,0
6.	Ogółem	31	100,0	68	100,0	194	100,0	67	100,0	360	100,0

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 4491033A63303331

Załącznik 6

Zaspokajanie różnych rodzajów potrzeb u dzieci niepełnosprawnych przez rodziców ze środowiska wiejskiego i miejskiego*

Lp.	Potrzeby dziecka	Środowisko zamieszkania				Ogółem rodzice N = 360	
		miejskie N = 214		wiejskie N = 146			
		liczba	%	liczba	%	liczba	%
1.	Miłości	96	44,9	55	37,7	151	42,0
2.	Bezpieczeństwa	89	41,6	44	30,1	133	36,9
3.	Materialne	88	41,1	32	21,9	120	33,3
4.	Przyjaznej atmosfery	56	26,2	37	25,3	93	25,8
5.	Kontaktu z rodzicami	48	22,4	42	28,8	90	25,0
6.	Akceptacji	57	26,6	27	18,5	84	23,3
7.	Wyrozumiałości	53	24,8	30	20,5	83	23,1
8.	Właściwego odżywiania	46	21,5	29	19,9	75	20,8
9.	Rehabilitacji	51	23,8	17	11,6	68	18,9
10.	Kontaktu z rówieśnikami	38	17,8	18	12,3	56	15,5
11.	Edukacji	37	17,3	14	9,6	51	14,2
12.	Ogółem	659	307,9	345	236,3	1004	278,9

* Suma wyników jest więcej niż 100%, gdyż respondenci udzielali jednej i więcej odpowiedzi.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 4491033A63303331

Załącznik 7

Stopień zaspokojenia potrzeby miłości przez rodziców w stosunku do niepełnosprawnego dziecka w różnym wieku

Lp.	Stopień zaspokojenia potrzeby miłości	Wiek dzieci (w latach)								Ogółem	
		0–5		6–10		11–15		16–20			
		liczba	%	liczba	%	liczba	%	liczba	%	liczba	%
1.	Bardzo wysoki	8	21,1	12	25,3	10	18,5	6	14,6	36	20,0
2.	Wysoki	14	36,8	15	31,9	16	29,6	11	26,8	56	31,1
3.	Średni	12	31,6	16	34,0	19	35,2	15	37,6	62	34,4
4.	Niski	4	10,5	4	8,5	9	16,7	9	22,0	26	14,5
5.	Ogółem	38	100,0	47	100,0	54	100,0	41	100,0	180	100,0

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 4491033A63303331

Załącznik 8

Poziom zaspokojenia potrzeby bezpieczeństwa dzieci niepełnosprawnych przez rodziców ze środowiska wiejskiego i miejskiego

Lp.	Poziom zaspokojenia potrzeby bezpieczeństwa	Środowisko zamieszkania				Ogółem	
		Miejskie		Wiejskie			
		liczba	%	liczba	%	liczba	%
1.	Bardzo wysoki	33	16,4	19	13,0	52	14,5
2.	Wysoki	77	36,0	27	18,5	104	28,9
3.	Średni	81	37,8	66	45,2	147	49,8
4.	Niski	23	10,8	34	23,3	57	15,8
5.	Ogółem	214	100,0	146	100,0	360	100,0

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 4491033A63303331

Załącznik 9

Wiedza z zakresu okresów rozwojowych dzieci a poziom wykształcenia rodziców

Lp.	Znajomość okresów rozwojowych dzieci	Wykształcenie rodziców								Ogółem	
		podstawowe		zawodowe		średnie		wyższe			
		liczba	%	liczba	%	liczba	%	liczba	%	liczba	%
1.	Trzy i więcej okresów rozwojowych	3	5,0	9	8,9	21	18,9	24	27,3	57	15,8
2.	Dwa okresy	16	26,7	33	32,7	46	41,5	44	50,0	139	38,6
3.	Jeden okres rozwojowy	22	37,7	43	42,6	30	27,0	14	15,9	109	30,3
4.	Brak znajomości (błędna wiedza)	19	31,6	16	15,8	14	12,6	6	6,8	55	15,3
5.	Ogółem	60	100,0	101	100,0	111	100,0	88	100,0	360	100,0

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 4491033A63303331

Załącznik 10

Świadomość potrzeb psychofizycznych rodziców z różnym poziomem wykształcenia

Lp.	Świadomość potrzeb psychofizycznych dzieci	Wykształcenie rodziców								Ogółem	
		podstawowe		zawodowe		średnie		wyższe			
		liczba	%	liczba	%	liczba	%	liczba	%	liczba	%
1.	Bardzo wysoka	0	0	2	2,0	9	8,1	12	13,6	23	6,4
2.	Wysoka	4	6,6	11	10,9	14	12,6	29	32,9	58	16,1
3.	Przeciętna	21	35,0	37	36,6	38	34,2	35	39,8	131	36,4
4.	Niska	22	36,7	41	40,6	39	35,2	10	11,4	112	31,1
5.	Bardzo niska	13	21,7	10	9,9	11	9,9	2	2,3	36	10,0
6.	Ogółem	60	100,0	101	100,0	111	100,0	88	100,0	360	100,0

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 4491033A63303331

Załącznik 11

Poziom wykształcenia badanych rodziców dzieci niepełnosprawnych a ich wiedza o różnych rodzajach nagród w wychowaniu*

Lp.	Rodzaj nagrody	Poziom wykształcenia								Ogółem N = 360	
		podstawowe N = 60		zawodowe N = 101		średnie N = 111		wyższe N = 88			
		ilość	%	ilość	%	ilość	%	ilość	%	ilość	%
1.	Słowne	24	40,0	61	60,4	71	64,0	67	76,1	223	62,6
2.	Rzeczowe	14	23,3	24	23,8	31	27,9	25	28,4	94	26,1
3.	Spacery z dzieckiem	8	13,3	32	31,7	43	38,7	32	36,4	115	31,9
4.	Kontakty z rówieśnikami	9	15,0	25	24,7	32	28,8	27	30,7	93	25,8
5.	Rozrywki kulturalne i rehabilitacyjne	4	6,7	18	17,8	33	29,7	38	43,2	93	25,8
6.	Inne	6	10,0	12	11,9	14	12,6	8	9,1	40	11,1
7.	Ogółem	65	108,3	172	170,3	224	201,8	197	226,1	658	182,8

* Odpowiedzi jest więcej niż 100%, gdyż respondenci podawali jedną i więcej odpowiedzi.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 4491033A63303331

Załącznik 12

Rodzaje stosowanych nagród w stosunku do dzieci niepełnosprawnych przez rodziców z różnym poziomem wykształcenia*

Lp.	Rodzaje stosowanych nagród	Poziom wykształcenia								Ogółem N = 360	
		podstawowe N = 60		zawodowe N = 101		średnie N = 111		wyższe N = 88			
		ilość	%	ilość	%	ilość	%	ilość	%	ilość	%
1.	Pochwała słowna	18	30,0	48	47,2	78	70,3	80	90,9	224	62,2
2.	Nagroda rzeczowa	14	23,3	39	38,6	71	64,0	65	73,9	189	52,5
3.	Słodycze	21	35,0	41	68,3	52	46,8	33	37,5	147	40,8
4.	Nagrody uczuciowe (uśmiech, całus, przytulenie)	17	28,3	38	37,6	59	53,1	58	65,9	172	47,8
5.	Spacer	12	20,0	29	28,7	58	52,2	44	50,0	143	39,7
6.	Wyjazdy do ośrodków kultury i rehabilitacyjnych	2	3,3	17	16,8	32	28,8	38	43,2	89	24,7
7.	Nie stosuje nagród	3	5,0	4	4,0	2	1,8	0	0	9	2,5
8.	Ogółem	87	145,0	216	213,9	352	317,1	318	361,4	973	270,3

* Odpowiedzi jest więcej niż 100%, gdyż respondenci podawali jedną i więcej odpowiedzi.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 4491033A63303331

Załącznik 13

Stosowanie nagród wychowawczych przez badanych rodziców ze środowiska miejskiego i wiejskiego*

Lp.	Rodzaje stosowanych nagród	Środowisko zamieszkania				Ogółem N = 360	
		miejskie N = 214		wiejskie N = 146			
		ilość	%	ilość	%	ilość	%
1.	Pochwała słowna	159	74,3	65	44,5	224	62,2
2.	Nagroda rzeczowa	134	62,6	55	37,7	189	52,5
3.	Słodycze	106	49,5	41	28,1	147	40,8
4.	Nagrody uczuciowe (uśmiech, całus, przytulenie)	114	53,3	58	39,7	172	47,8
5.	Spacer	101	47,2	42	28,8	143	39,7
6.	Wyjazdy do ośrodków kultury i rehabilitacyjnych	71	33,2	18	12,3	89	24,7
7.	Nie stosuje nagród	4	1,9	5	3,4	9	2,5
8.	Ogółem	689	322,0	284	194,5	973	270,3

* Odpowiedzi jest więcej niż 100%, gdyż respondenci podawali jedną i więcej odpowiedzi.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 4491033A63303331

Załącznik 14

Stosowanie przez rodziców z różnym poziomem wykształcenia kar w stosunku do niepełnosprawnych dzieci*

Lp.	Rodzaje stosowanych kar	Poziom wykształcenia								Ogółem N = 360	
		podstawowe N = 60		zawodowe N = 101		średnie N = 111		wyższe N = 88			
		liczba	%	liczba	%	liczba	%	liczba	%	liczba	%
1.	Nagana słowna	16	26,7	34	33,7	56	50,4	63	71,6	169	46,9
2.	Zakaz	34	56,7	58	57,4	59	53,1	38	43,2	189	52,5
3.	Krzyk	43	71,7	67	66,3	42	37,8	11	12,5	163	45,3
4.	Kary cielesne	36	60,0	44	43,6	29	26,1	10	11,4	119	33,1
5.	Obojętność, lekceważenie	21	35,0	36	35,6	31	27,9	14	15,9	102	28,3
6.	Pozbawianie przyjemności	12	20,0	21	20,8	30	27,0	41	46,6	104	28,9
7.	Poniżanie, ośmieszanie	17	28,3	14	13,9	11	9,9	7	7,9	49	23,6
8.	Gniew na dziecko	13	21,7	20	19,8	31	27,9	11	12,5	75	20,8
9.	Nie stosuje kar	1	1,7	6	5,9	7	6,3	8	9,1	22	6,1
10.	Ogółem	193	321,7	300	297,0	296	266,7	203	230,7	992	275,5

* Odpowiedzi jest więcej niż 100%, gdyż respondenci podawali jedną i więcej odpowiedzi.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 4491033A63303331

Załącznik 15

Wiek badanych rodziców a stosowanie kar wychowawczych w stosunku do dzieci niepełnosprawnych

Lp.	Rodzaje stosowanych kar	Wiek rodziców (w latach)										Ogółem N = 360	
		20–30 N = 52		31–35 N = 73		36–40 N = 85		41–45 N = 79		46–55 N = 71			
		liczba	%	liczba	%	liczba	%	liczba	%	liczba	%	liczba	%
1.	Nagana słowna	7	13,5	16	21,9	39	45,9	48	60,7	59	83,1	169	46,9
2.	Zakaz	12	23,1	24	32,9	43	50,6	54	68,3	56	78,9	189	52,5
3.	Krzyk	18	34,6	38	52,0	49	57,6	37	46,8	21	29,6	163	45,3
4.	Kary cielesne	11	21,1	21	28,8	36	42,3	32	40,5	19	26,8	119	33,1
5.	Obojętność i lekceważenie	8	15,4	19	26,0	31	36,5	26	32,9	18	25,3	102	28,3
6.	Pozbawienie przyjemności	6	11,5	22	30,1	29	34,1	24	30,4	23	32,4	104	28,9
7.	Poniżanie, ośmieszanie	3	5,8	11	15,1	13	15,3	14	17,7	8	11,3	49	13,6
8.	Gniew na dziecko	7	13,5	21	28,8	19	22,3	17	21,5	11	15,5	75	20,8
9.	Nie stosuje kar	9	17,3	5	6,8	3	3,5	3	3,8	2	2,8	22	6,1
10.	Ogółem	81	155,8	177	242,5	262	308,2	255	322,8	217	305,6	992	275,5

* Odpowiedzi jest więcej niż 100%, gdyż respondenci udzielali jednej i więcej odpowiedzi.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 4491033A63303331

Celem niniejszej pracy jest przedstawienie szczegółowej diagnozy z zakresu akceptacji dziecka niepełnosprawnego w rodzinie, postaw rodzicielskich, a także stopnia i zakresu zaspokojenia potrzeb psychospołecznych i biologicznych oraz świadomości opiekuńczo-wychowawczej rodziców w realizacji zadań rozwojowych dziecka niepełnosprawnego.

Treści tej książki mogą z pewnością zainteresować rodziców dzieci niepełnosprawnych, a także słuchaczy studiów pedagogicznych. Starano się, by każdy rozdział (teoretyczny i empiryczny) stanowił pewien obszar wiedzy nad możliwościami optymalnych oddziaływań wychowawczych i emocjonalnych nad dziećmi niepełnosprawnymi w rodzinie, jako tym pierwszym, najbliższym i naturalnym środowisku społecznym, które powinno być dla niego ostoją bezpieczeństwa, miłości, pełnej akceptacji.

ISBN 978-83-7405-521-5

WYDAWNICTWO
AKADEMII HUMANISTYCZNO-EKONOMICZNEJ
W ŁODZI

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 4491033A63303331